This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

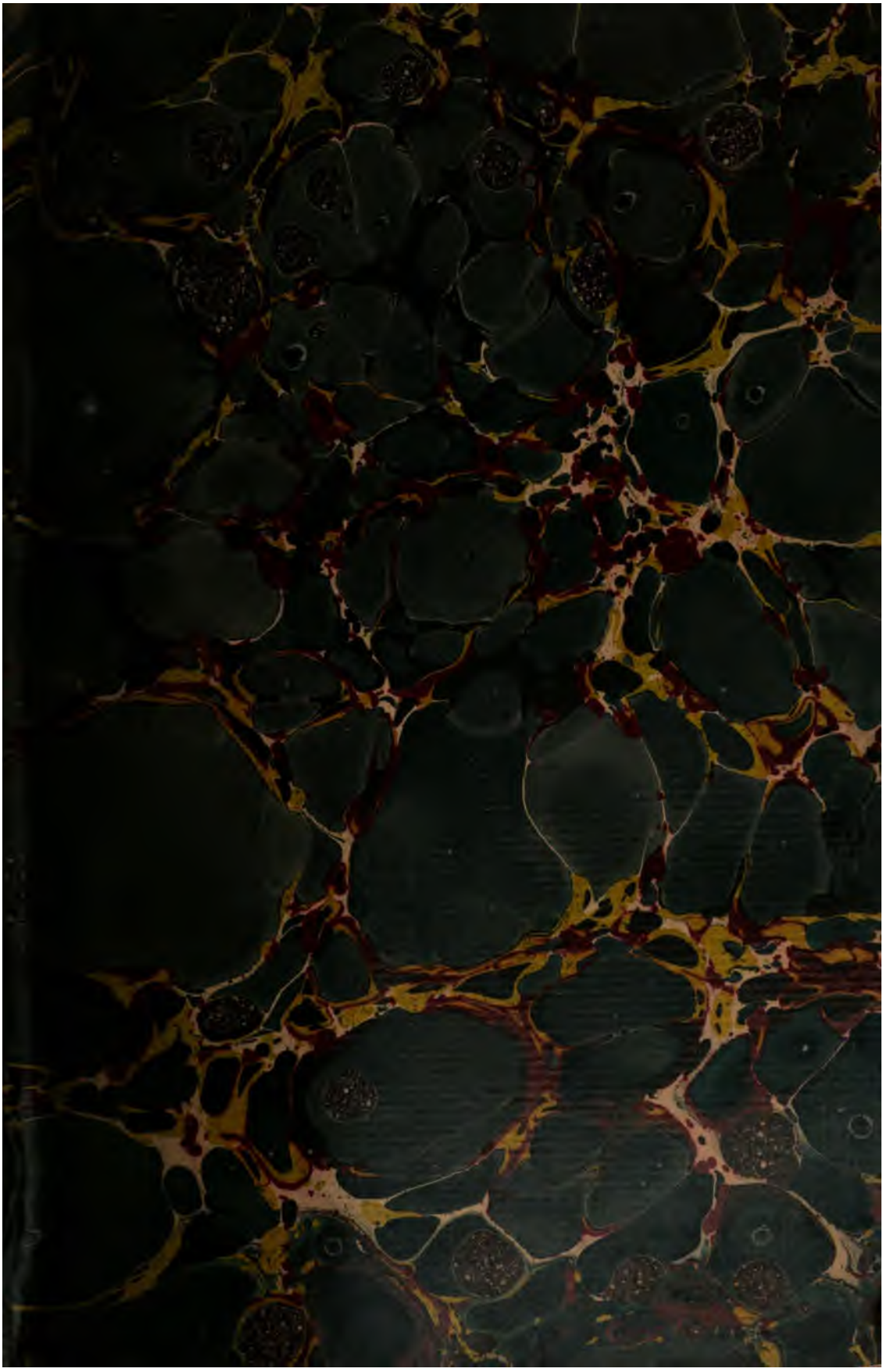
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA
IN HAMBURG.

ELFTER BAND.

1890.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT NEUN TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1890.

JUN 5 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenom (Darier-Jacquet) zu einander, von L. Philippson 1
Über Urticaria im Säuglings- und Kindesalter. (Schluſs.) Von T. C. Fox 19
Zur Kasuistik des Rhinoskleroms, von A. Lutz 49
Lymphangioma circumscriptum, von Finch A. Noyes und Ludw. Török. I. Teil von Finch Noyes 51
Über Resorption von Medikamenten aus Salben, von Arthur P. Luff 58
Mitteilung über eine Methode des Färbens von Salben von H. G. Brooke 62
Überfettete Seifen vom klinischen und chemischen Standpunkt, von W. Allan Jamieson und B. Dott 65
Über die Natur der Herxheimerschen Spiralen der Oberhaut. (Mit Tafel I u. II.) Von Alfred Eddowes 89
Lymphangioma circumscriptum. Lymphangioma capillare varicosum. II. Teil. (Mit Taf. III.) Von Ludw. Török 105
Die seborrhoische Warze. (Mit Tafel IV.) Von S. Pollitzer 145
Über Einwirkung von Medikamenten auf Kulturen von Favus und Trichophyton, von Schwengers 155
Über die Behrendsche Einteilung der Arzneiexantheme in specifische und dynamische, von H. G. Brooke 193
Ein Beitrag zu den Influenzaexanthemen, von Hoffmann 199
Bemerkungen zur Histologie des normalen Sekretes der menschlichen Talgdrüsen, von L. Philippson 202
Exanthemata medicinalia externa, von T. C. Fox 245
Über die Excision des Schankers bei der Abortivbehandlung der Syphilis, von H. Leloir 256
Anfang, Dauer und Methode der Syphilisbehandlung, von H. Leloir 262
Vaccine-Exantheme, von Malcolm Morris 293
Über das Auftreten von Herpes zoster während der Arsenikbehandlung, von Ludw. Nielsen 302
Versuche mit einigen, bisher noch nicht angewendeten, reduzierenden Medikamenten, von M. Ihle 310
Über Erkrankungen der Schleimdrüsen des Mundes, von P. G. Unna 317
Zwei Fälle von Ichthyosis cornea (hystrix) partialis (Naevus linearis verrucosus Unna), entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt, von L. Philippson. (Mit Tafel V.) 337
Über die Therapie der Furunkulose, von Veiel 362
Eine vorbereitende Behandlungsweise bei Lupus vulgaris, von H. G. Brooke 377
Zur Erklärung des sogenannten Tripperexanthems, von Max Flesch 381

Seite

Zwei operativ behandelte Fälle von Karzinom des Penis in jugendlichem Alter, von M. Ihle 384
Maculae caeruleae und andere durch Pediculi pubis hervorgebrachte Symptome, von J. Frank-Payne 388
Über einen ungewöhnlichen Fall von Atrophie der Haut, von A. H. Ohmann-Dumesnil 392
Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut. VII. Angioneurosen, von P. G. Unna 417. 488. 528
Zwei Fälle von Pemphigus vegetans (Neumann) [Erythema bullosum vegetans Unna], von C. Müller. (Mit Tafel VI u. VII.) 427
Über Hutchinsons Sommerprurigo und Sommereruption, von C. Berliner 449. 480
Flora dermatologica. VII. Unter Mitwirkung von D. von Sehlen, herausgegeben von P. G. Unna. (Mit Tafel VIII. u. IX.) 478
Zur Therapie der Furunkulose, von P. Scharff 519
Über die Beziehungen des Erythema nodosum zu infektiösen Rachenaffektionen und zum Rheumatismus acutus, von Stabsarzt a. D. Hoffmann 522

Versammlungen.

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie 30. 547
Russische syphilido-dermatologische Gesellschaft in St. Petersburg 69. 548
Gynäkologische Gesellschaft in Kiew 122
Dermatologische Vereinigung zu Berlin. Sitzung vom 6. Mai 1890 139
X. Internationaler medizinischer Kongreſs zu Berlin 1890. Sitzungen der XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilodologie 209. 265. 322
Wiener dermatologische Gesellschaft. Sitzungen vom 19. März bis 28. Mai 1890. 285
63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Bremen 1890. Sektion für Dermatologie und Syphilographie 137. 239. 365
American Dermatological Association bei der 14. Jahresversammlung im September 1890 ..... 238. 396

Besprechungen.

Jeanselme, Hautentzündungen und Elephantiasis im Gefolge von Geschwüren und Ekzem variköser Unterschenkel 70
Noman, H., Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau . 78
v. Hebra, Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten 128
Chiappa, Das erste Triennium der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Pisa 176
Neumann, Js., Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte 288
Tarnowsky, Prostitution und Abolotionismus 399
Schütz, Mikroskopische Karzinombefunde 401
Pollatschek, A., Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889 403
Szadek, Index bibliographicus dermatologiae 404
Buzzi, Schemata zum Einzeichnen von Untersuchungsbefunden bei Hautkranken 511
Ribbing, Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen 512
Günther, Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik 514

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

Seite

Über Amitose (direkte Teilung), von M. Löwit 36
Was bedingt die weifse Farbe unserer Haut? von E. Kromayer 73
Der feinere Bau der Lederhaut, von L. Heitzmann 125
Die Anhängsel der Haut, von Ch. Rémy 215
Über die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern, von E. Kromayer 215

b. Physiologisches.

Zur Hautresorption im Bade, von Keller 215
Über das Vorkommen des Lanolins in der menschlichen Haut, von Liebreich . 288

c. Mikroskopische Technik.

Über die Taenzersche Färburg des elastischen Gewebes, von P. G. Unna 366

d. Bakteriologie.

Untersuchungen über einige Bakteriengattungen mit Mycelien, von E. Almquist 46

e. Hygiene.

(Vacat.)

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Pyoktanin (Neues Antisepticum), von Stilling 74
Über die Formveränderungen des Papillarkörpers durch die Wirkung einfacher mechanischer Kräfte, von L. Philippson 74
Antiseptische Eigenschaften der Anilinfarben Merk (Pyoktanin), von O. Petersen 85
Über Aristol, von O. Seifert 126
Ätherische Lösungen in der Hauttherapie, von J. Sawyer 216
Die Dermatoneurosen, von H. Leloir 216
Über die symptomatischen Dermatoneurosen (Leloir), von Baude 217
Über das Mikrokauterium, von P. G. Unna 288
Über das Aristol, von J. Eichhoff 289
Über Aristol, von A. Pollak 289
Die äufserliche Anwendung des Thiols bei Hautkrankheiten, von E. Schwimmer 290
Chirurgische und bakteriologische Erfahrungen über das Pyoktanin, von Garrè und Troje 327
Über medikamentöse Eiterungen bei Hautkrankheiten, von D. von Sehlen 327
Zur Behandlung der Schanker, Bubonen und Tripper mit Pyoktanin, von A. Lindström 405
Zur Pathogenese der Hauterkrankung bei einigen vasomotorischen Dermatosen, von L. Jacquet 549
Das Thiol in der Therapie der Hautkrankheiten, von F. Buzzi 550
Die verschiedenen Ernährungsstörungen der Haut infolge artificieller Dermatitis, von Ch. E. Quinquaud 550

g. Pharmakologisches.

Über die Lokalisation des Arseniks in den Knochen 88
Lysol, ein neues Desinfiziens, von Gerlach 218
Rezeptformeln aus dem Bereiche der Kosmetik, von H. Paschkis 292
Zur Bereitung von Karbolgaze, von G. Doux 328

Seite
Die Löslichkeit des Jodoforms in Olivenöl, von F. Klingemann 328
Neuere Arbeiten über Hydroxylamin, von O. Rosenthal 371
Ein neues Salbenkonstituens, von J. Kühn 371

h. Verschiedenes.

Ein Anästhesierungsverfahren bei kleinen Operationen, von A. Dobisch 48
Über die Ursachen des Todes in der Chloroformnakose, von H. C. Wood 136
Das Photographieren im Dienste der Medizin und der verwandten Wissenschaften, von C. Workmann 137
Die Bedeutung der Spezialkliniken für Dermatologie und Syphilidologie an den preußischen Universitäten und ihre Vorgeschichte, von H. Köbner 233
Über die Entwickelung der sogenannten strumösen Bubonen und die Indikationen für die frühzeitige Exstirpation derselben, von H. G. Klotz 237
Über einen Fall von Hg-Vergiftung, von Créquy 292
Über die Wirkung des Schwefelwassers, von v. Tymowski 335
Über die Sterilisierung der Gummisonden, von H. Alapy 566
Anleitung zur methodischen Untersuchung kleiner Mädchen im Fall eines unsittlichen Attentates, von M. Lacassagne 566
Analytische und synthetische Belege für die Überführbarkeit der Aromatica speziell des Resorcins im Fette des tierischen Organismus, von J. Andeer 566

Aus der Praxis.

Prurigobehandlung 237

Korrespondenz.

Aus New York, von Dr. Klotz 48
Aus Honolulu, von Dr. Lutz 48
Aus Wien, von Dr. Schiff 124
Aus London, von Dr. Török 497
Aus Berlin, von Dr. Schweninger und Buzzi 578
Aus Wien, von Dr. Philippson 583

II. System der Hautkrankheiten.

A. Cirkulationsstörungen.

I. Idiopathische.

a. Einfache.

Betrachtungen über die spontanen Ekchymosen und über den Geisteszustand der Hysterischen, von G. de la Tourette 128
Zur Entstehung der Hauthämorrhagien, von Th. von Kogerer 328

b. Angioneurotische.

Erythema nodosum pallustre, von Moncorvo 36
Die Influenza und Hautaffektionen, von E. Schwimmer 76
Urticaria der Zunge, von Bock 177

Seite

Spontane symmetrische Gangraen des oberen Drittels beider Ohrmuscheln, von Urbantschitsch ... 177
Erythema multiforme im Anschluſs an Typhus abdominalis, von S. Laufer ... 180
Ein Fall von Erythema nodosum mit Ausgang in Vereiterung, von A. W. Hoisholt ... 218
Über eine eigenartige Hausepidemie, von L. Appert ... 218
Behandlung der Urticaria chronica nervosa mit Antipyrin, von Nitot ... 219
Jodkalium, ein Heilmittel der Urticaria, von Ed. Stern ... 553

II. Symptomatische.

Über Purpura, von Palmedo ... 37
Über die primäre Purpura haemorrhagica oder Purpura infectiosa, von M. de Gimard ... 74
Beitrag zum Studium der Purpura alcoholica, von Poirrier ... 127
Über ein nach dem Genusse alkoholischer Getränke auftretendes Exanthem, von G. Kämpfer ... 372
Über ein masernähnliches Exanthem bei Typhus, von H. Neumann ... 553
Ein schwerer Fall von Morbus maculosus Werlhofii, von Fritz Kunze ... 553
Über Salipyrin, von P. Guttmann ... 553

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

a. Durch mechanische Einwirkung.

Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels, von H. Pürckhauer ... 329

b. Durch Temperatureinwirkung.

(Vacat.)

c. Durch chemische Einwirkung.

1. Durch äuſsere.

Berufsdermatosen der Arbeiter. 1) das Ekzem der Möbelpolierer, von A. Blaschko 87

2. Durch innere.

Fall von akuter Antipyrinvergiftung, von Schwabe-Woldenberg ... 37
Furunkulose bei Diabetes insipidus, von J. Lowinsky ... 38

II. Neurotische.

a. Lokale.

Abortivbehandlung des Herpes mittels Alkohol oder alkoholischer Lösungen, von Dupus ... 178
Blasenausschlag infolge von Fingerverletzung, von M. Kaposi ... 219
Über einen Fall von Herpes zoster sacro-genitalis, von H. Davidson ... 329
Zur Kasuistik des Herpes gutturalis, von M. Kahn ... 330
Behandlung der Zona, von L. Brocq ... 330

b. Universelle.

Über Pemphigus, von Mosler ... 76
Dermatitis herpetiformis, von H. W. Stelwagon ... 128
Zur Anatomie der Prurigo, von E. Kromayer ... 178
Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von L. Duhring ... 219
Erythema exsudativum, von Pumplun ... 372

Seite

Fall von Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta (Brocq), Hydroa acuta (Unna) mit einzelnen Elementen der Impetigo herpetiformis, von Hautecoeur 554
Zur Pathogénese der Erytheme. Erythema polymorphum. Erythema scarlatiniforme, von E. Besnier 554

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Masern in der Schwangerschaft, Geburt eines mit Masernexanthem behafteten Kindes, von Lomer 37
Behandlung der Variolapusteln im Gesicht mittels eines Spray von Sublimatäther, von Ch. Talamon 37
Morbilli recidivi bei einem an Pertussis leidenden Kinde, von K. Szegö 77
Cowperitis im Verlaufe von Masern, von S. Róna 179
Über die Röteln, von J. Seitz 220
Über Wesen und Wert der Schutzpockenimpfung, von J. Mahler 221

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Über einen im Hospital St. Sauveur zu Lille beobachteten Fall von Lepra, von Baude 39
Ist die Lepra eine „im Aussterben begriffene" Infektionskrankheit und ist sie erblich? von G. A. Hansen 77
Bericht über die histologische Untersuchung eines Hautstücks aus Keanu's Vorderarm, von D. W. Montgomery 128
Beiträge zur Ätiologie der Lepra, von Ed. Kaurin 221
2 Fälle von Lepra und deren Behandlung, 1. durch Excision der Knötchen, 2. durch rote Jodquecksilbersalbe, von B. Rake 222
Ätiologie und Pathologie der Lepra, von Profeta 405

β. *Tuberkulose.*

Lupus des Larynx, von L. Marty 39
Über Nasentuberkulose, von Seifert 40
Tuberkelbacillen in dem Schweifse tuberkulöser Personen, von Mattei 77
Bemerkungen über Hauttuberkulose, von J. Zeisler 129
Eine vorbereitende Behandlung des Lupus vulgaris, von H. G. Brooke 129
Ein Fall von Lupus der Nasenschleimhaut, von Wagmer 180
Zur Behandlung des Lupus mit Perubalsam, von Beckh 330
Über Lupus vulgaris, von Faber 373
Über Inokulationslupus, von Jadassohn 373
Zur Milchsäurebehandlung des Lupus, von Erckens 555
Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose, von Robert Koch 465. 567
Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose. Referat, von L. Hoffmann 567
Bericht über die ersten nach der Methode des Herrn Geheimrat Dr. Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tuberkulose, von W. Levy 569
Über die Versuhe mit dem von Herrn Geheimrat Koch gegen Tuberkulose empfohlene Mittel, von Köhler und Westphal 571
Über den Verlauf einiger mit dem Kochschen Mittel behandelten Fälle von Tuberkulose verschiedener Organe, von H. Feilchenfeld 567
Praktische Bemerkungen zur Behandlung der Tuberkulose nach Koch, von Dengel 567
Mitteilungen über die mit dem Kochschen Heilverfahren gewonnenen Ergebnisse, von E. von Bergmann 572
Brief von Schweninger und Buzzi-Berlin über das Kochsche Heilverfahren 578
Brief von Philippson-Wien über das Kochsche Heilverfahren 583

γ. *Syphilis.*

Seite

Ein Fall von Syphilis hereditaria tardiva mit Gumma des Pharynx, von G. Cheminade ... 41
Zur Kasuistik der hereditären Lues, von Amon ... 41
Ein Fall von gummöser Erkrankung der Gelenke, von Michailoff ... 41
Über Placentarsyphilis, von Thiel ... 42
Über den chemischen Nachweis des Chroms im Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis, von E. Güntz ... 42
Die Lues des Herzens von der klinischen Seite betrachtet, von A. Sacharjin ... 42
Überraschungsirrtümer bei der Diagnose des indurierten Schankers, von A. Fournier ... 43
Intramuskuläre Einspritzungen von Hydrargyrum thymolo-aceticum, von Löwenthal 77
Impfsyphilis ... 78
Über die lokalen Antiseptika bei der Behandlung der Syphilis, von Hallopeau 78
Ein Fall von gleichzeitigem Vorhandensein primärer sekundärer und tertiärer Erscheinung von Syphilis, von M. W. Kasansky ... 130
Syphilistherapie mittels Injektionen unlöslicher Hg-Salze, von Smirnoff ... 130
Zur Kasuistik des Kapitels: Syphilis und Reizung, von A. Plumert ... 131
Syphilis — indirekte Übertragung, von Dubois-Havenith ... 181
Atypische Lymphdrüsenerkrankung bei Syphilis, von Brunelle ... 181
Beitrag zum Studium der Residuen des harten Schankers, von A. Monin ... 182
Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie, von E. Finger ... 182
Beitrag zu der Frage von den post mortem des harten Schankers auftretenden Krankheitserscheinungen, von Pache ... 184
Syphilitische Kniegelenkwassersucht, von Trinkler ... 184
Ein Fall von Lippensyphilis, von A. Blaschko ... 185
Die venerischen Krankheiten in den Armeen, von R. Töply ... 185
Die Syphilis und ihre steigende soziale Gefahr, von Braus ... 222
Über 2 Fälle von frühzeitigen Genitalsyphiliden, von A. Cochez ... 223
Über die therapeutische Wirksamkeit der Einspritzung von unlöslichen Quecksilbersalzen bei der Syphilis und über einige dabei vorkommende Komplikationen, von Watraszewski ... 223
Über schankerartige Syphilome „Reveils locaux du virus", von H. Leloir ... 223
Über die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbereinspritzungen, von H. Leloir u. A. Tavernier ... 223
Abnorme Öffnung des Sinus maxillaris bei einer Syphilitischen, von Hermet ... 224
Über den Einfluſs der Syphilis auf die Kindersterblichkeit, von Le Pileur ... 224
Beitrag zu den ältesten Schriften über Syphilis, von E. Lesser ... 225
Klinische Beobachtungen über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze bei Syphilis, von H. G. Klotz ... 225
Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Neuritis auf syphilitischer Basis, von R. W. Taylor ... 225
Injektionen von Hg-Oxycyanid gegen Syphilis, von O. Boer ... 330
Sublimatvergiftung nach Ätzung von Kondylomen mit Solutio Plenckii, von E. von Hofmann ... 331
Über Ätzung der breiten Kondylome mit Solutio Plenckii, von M. Kaposi ... 331
Neue Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkentzündungen, von Fr. Rubinstein ... 331
Über die Behandlung der Syphilis mit salzsaurem Glutinpeptonsublimat, von E. Hüfler ... 373
Ein Fall von Hautsyphilis des Gesichts, von P. G. Unna ... 373
Über intramuskuläre Injektionen von Ol. ciner. gegen Syphilis, von Mau ... 374
Zur Syphilisbehandlung mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum succinimidicum, von J. Th. Selenew ... 406
Über einen Fall von tertiärer Syphilis mit grofsen gummösen Tumoren auf der ganzen rechten Rippenseite, von de Amicis ... 406
Lymphadenitis gummosa, von Sanguineta ... 407
Beitrag zur Kenntnis der Phlebitis syphilitica, von Breda ... 407
Syphilis des Herzens — Myocarditis gummosa, von Stravino ... 407
Hemiparaplegie infolge von Syphilis, von Pedicini ... 407
Über Hydarthrosis bei frischer Syphilis, von Folinea ... 407

Seite
Über primäre syphilitische Epididymitis, von Andronico ... 408
Die Syphilis der Ammen, von Morel-Lavallée ... 457
Die Maßregeln zur Unterdrückung der Syphilis früher und jetzt, von F. Buret. 457
Die Syphilis in Rom zur Zeit der Cäsaren, von F. Buret ... 458
Die rationelle Behandlung der Syphilis, von F. Buret ... 458
Zwei Fälle von langer Inkubation des harten Schankers, von P. Puech ... 458
Die syphilitischen Zungenerkrankungen des Sekundärstadiums, von A. Fournier 458
Behandlung der Syphilis mittels Resorption der Medikamente von der Haut aus, von Brémond Fils ... 458
Drei Typen von Psychosen infolge von Gehirnsyphilis, von C. M. Hay ... 515
Zur Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen, von A. Vogeler 515
Zur Therapie der sphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems, von H. Banke ... 516
Über den Einfluß der Salzbäder auf die Ausscheidung des Chroms durch den Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis, von Güntz ... 516
Über syphilitische Erkrankungen der Wirbelsäule, von Jasinski ... 555
Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankung des Akustikusstammes, von Jung ... 556
Ein Fall von Myelitis syphilitica lumbalis acuta, von A. Renault ... 556
Vorstellung eines Patienten mit einem Primäraffekt an der linken Tonsille, von Jadassohn ... 556

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Über das Ekzem der Nase, von Troplowitz ... 38
Über die Behandlung der Alopecie, von Hallopeau ... 79
Ein Fall von Nephritis acuta haemorrhagica im Gefolge von Impetigo, von Szontagh ... 79
Gegen Scabies, von Paul ... 79
Trichomykosis nodosa, von R. G. Patteson ... 131
Psorospermosis follicularis vegetans, von C. Boeck ... 132
Behandlung der Krätze im Hospital St. Pierre-Brüssel, von de Smet ... 185
Ein Fall von Pityriasis rubra, von Petrini und Babes ... 186
Zum Studium der Trichophytiasis ungualis, von H. Fournier ... 226
Keratosis follicularis (Psorospermosis follicularis vegetans), von J. C. White ... 226
Diagnose und Behandlung der Ichthyosis, von L. Brocq ... 226
Über die Behandlung der Scabies mit Oxynaphthoësäure, von Roth ... 374
Karbolöl gegen Scabies, von Israel ... 374
Über das Erythema scarlatiniforme bei Ileotyphus, von Ohmann-Dumesnil ... 408
Klinische und histologische Studien über einen Fall von Psoriasis gravis, von Luciani ... 408
Die Behandlung der Krätze, von A. Fournier ... 409
Über einen Fall von schwerer Gehirnerkrankung nach dem plötzlichen Verschwinden eines chronischen Ekzems, von L. Brocq ... 409
Parakeratosis scutularis, von P. G. Unna ... 459
Keratodermia symmetrica erythematosa, von E. Besnier ... 460
Pityriasis rubra Hebrae, von A. Neisser ... 518
Behandlung der Trichophytiasis capitis, von L. Brocq ... 557
Pathologische Anatomie der Ekzeme, von H. Leloir ... 557
Ein Fall von Herpes tonsurans der Kopfhaut kompliziert mit einem pustulösen Ekzem, von Ohmann-Dumesnil ... 557

b. der Cutis.

Furunkulose bei Diabetes insipidus, von J. Lowinsky ... 38
Therapeutisches Curiosum (Ulcera mollia), von Wettendorfer ... 39
Rhinosklerombacillen, von Paltauf ... 79
Ein Fall von Akne varioliformis, von Havas ... 79
Die antiseptische Behandlung des Erysipels, von Jorissewni ... 80
Über die Folliculitis parasitaria tonsurans des Haupthaares, von H. Nimier ... 127
Ekthyma gangraenosum, von Ehlers ... 132

Seite

Die Behandlung der Sykosis, von Ohmann-Dumesnil ... 186
Über die Folliculitis und Perifolliculitis der Spinner und Weber, von E. Wargnier 187
Eiterungen der Haut im Gefolge der Influenza, von H. Leloir ... 187
Zur Therapie des Lichen ruber, von Broes van Dort ... 187
Über die heutigen Methoden der Erysipelbehandlung, von H. Frank ... 187
Die Behandlung des Erysipels mit Sublimat, von W. Shropshire ... 227
Pian oder Lépian auf den Antillen, von Lacaze ... 227
Ein Fall von Hydrosadenitis, von S. Giovanni ... 227
Ein Fall von multiplen Granulomen der Haut, von P. G. Unna ... 374
Ein Fall von Elephantiasis Arabum, von Katzer ... 374
Ulcus molle mammae, von A. Pospelow ... 409
Ein Fall von Ekthyma terebraus bei einem Kinde, von Heulz ... 409
Die Behandlung der vereiterten Bubonen, von Ch. Lasalle ... 410
Über den Wert hypodermatischer Karbolsäure-Einspritzungen beim Karbunkel, von Danet ... 410
Dermatitis pustulosa chronica mit excentrisch wachsenden Herden, von H. Hallopeau ... 461
Behandlung des Anthrax, von Polaillon ... 461
Zur Abortivbehandlung der Furunkel, von J. Jasiewicz ... 462
Pemphigus vegetans (Neumann), von H. R. Crocker ... 516
Malignes Oedem (Emphysema gangraenosum, Gangrène gazeuse), von H. Hoegh 517
Ein Fall von Hospitalbrand an der Vulva nebst Bemerkungen über Behandlung dieser Krankheit, von O. von Herff ... 517
Lichen ruber acuminatus, Mykosis fungoides, von A. Neisser ... 518
Zur Behandlung des Gesichtsrotlaufs, von J. Lehrnbecher ... 518
Über das phagedänische Geschwür, von Ed. Boinet ... 558
Über Elephantiasis der Vulva, von Sander ... 558

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über die sogenannte Pagetsche Krankheit, von L. Wickham ... 132
Das verkalkte Epitheliom, von W. von Noorden ... 187
Beitrag zur Statistik der malignen Tumoren, von C. Müller ... 216
Sarkom des Testikels, von Radice ... 290
Ein parasitärer protozoaartiger Organismus in Karzinomen, von N. Sjöbring ... 332
Ein Beitrag zur Entwickelung der Hautkrebse auf Narben, von Weber ... 410
Karzinom in einer Brandnarbe, Karzinom nach Ulcus durum, von L. Dittel jr. .. 411
Pagetsche Krankheit am Skrotum und Penis, von H. R. Crocker ... 412
Fall von Ulcus rodens bei einem 14jährigen Mädchen, von W. R. Williams ... 559
Fall von Riesenzellensarkom des Oberkiefers, von Berendes ... 559

II. Benigne.

a. der Oberhaut.

Über Elektrolyse warziger Gebilde, von S. Ehrmann ... 43
Über Molluscum contagiosum, von H. W. Stelwagon ... 188
Anatomisch-pathologischer u. bakteriologischer Beitrag zur Kenntnis des Molluscum contagiosum, von R. Stanziale ... 229

b. der Cutis.

Lymphangioma circumscriptum, von M. Morris ... 80
Ein Fall von Dermatomyomen an der Nase, von K. Hess ... 80
Zur Kenntnis der subkutanen rheumatischen Knoten, von L. Bar ... 126
Osteome der Ferse, von W. von Noorden ... 188
Ein Fall von Lymphangiom der Haut, von L. Leistikow ... 290
Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut, von Jadassohn ... 412
Adenome der Schweifsdrüsen, von E. C. Perry ... 462
Angiokeratom, von V. Mibelli ... 462
Fall von Fibroma molluscum multiplex, von Königsdorf ... 559
Lipome an ungewöhnlichen Orten, von C. Weil ... 559

III. Pigmenterkrankungen.

Seite
Über die Canities, von H. Leloir und E. Vidal 43
Sommersprossen 44
Pigmentation der Haut nach innerlichem Arsenikgebrauch, von Haffler 44
Gegen die Pigmentation der Schwangeren, von v. Monier 80
Ein Fall von intensiver progressiver Pigmentierung nach Ekzem, von Britton . 134
Pigmentierungen bei Morbus Basedowii, von R. L. Macdonnel 134
Über Arsenmelanose, von Wyss 229
Ein eigentümlicher Fall von Addisons Krankheit, von Ohmann-Dumesnil.. 560

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

a. Allgemeine.

(Vacat.)

b. Lokale.

Über einen Fall von Lymphangiektasie, Lymphorrhagie und Pulmonalarteriensklerose, von Eger 81
Spontane Gangrän des Fufses infolge von Thrombose der Arteria poplitea, von Al. Grimm 332
Beitrag zum Studium der runden roten Flecken, von Vasiliu 332
Fall von diffuser Lymphangiektasie der äufseren Genitalien und ihrer Umgebung, von Kast 561
Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen der Haut, von Schweninger und Buzzi 561

II. Specifische.

a. Allgemeine.

Beitrag zum Studium der Muskelveränderungen bei Sklerodermie, von G. Thibierge 45
Sklerodermie, von Gade 135
Das Sklerema der Erwachsenen und seine Entstehung, von Bock 188
Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Melanosis lenticularis progressiva (Pick), von A. Elsenberg 189
Ein Fall von Sklerodermie, von Mendel 333
Die Massage bei Skleroderma, von Breda 412
Seltene Form von diffusem Skleroderm, von Greco 413
Vitiligo oder Leukopathia acquisita, von Schweninger und Buzzi 561
Zur Ätiologie der Sklerodermie, zon J. Eichhoff 562

b. Lokale.

Über Ainhum und kongenitale Amputation, von J. Rouget 45
Demonstration eines Falles von multipler Hautgangrän, von Rothmann.. 81
Ulerythema akneiforme, von P. G. Unna 82
Über Onychomykosis favosa, von J. Fabry 135
Alopecia areata nach Verletzungen, von Ohmann-Dumesnil 188
Über den Favuspilz bei „Favus herpeticus", von A. Elsenberg 189
Bemerkung zu der Arbeit Elsenbergs, von J. Jadassohn 190
Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von akuter multipler Hautgangrän, von F. Doutrelepont 219
Favus, von A. Neisser 518
Notizen über Favus lupinosus am Rumpfe, von Schweninger und Buzzi..... 560

E. Idioneurosen.

(Vacat.)

F. Sekretionsanomalien.

Seite
Über einen Fall von katamenialer Chromhidrose, von E. Barié 46
Behandlung der Schweifsfüfse, von Legoux 333
Ephidrosis eines begrenzten Teiles des Gesichtes, von Schweninger und Buzzi 563

G. Saprophyten und Fremdkörper.

Über Maculae caeruleae und andere durch Pediculi pubis erzeugte Symptome, von J. F. Payne 136

H. Mifsbildungen.

Ein Fall von Naevus pigmentosus, von Isaac 334
Über Naevi vasculares, von Kodemann 375
Dermoid oder Epidermoid, von F. Franke 413
Über Naevi pigmentati, ihre beschreibende und mikroskopische Anatomie, Diagnose, Pathogenie und Behandlung, von Hugues 413

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Eine schmerz- und gefahrlose Methode zur forcierten Erweiterung der Harnröhrenstrikturen, von Lahusen 83
Verwundung der Blase, von Berczeller 83
Entzündung der Glandula Cowperi, von S. Rôna 83
Über Cystoskopie, von J. Grünfeld 84
Über die Amputation des männlichen Gliedes und die Anwendung versenkter Etagennähte bei derselben, von H. Keller 84
Aus der urologischen Praxis, 1) Ultzmanns Kokainspritze; 2) Kühlklappe für den Penis (nach Ultzmann) von J. H. Brik 85
Zur Behandlung des Blasenkatarrhs, von Boegehold 86
Einige praktisch wichtige Punkte bei der Behandlung der Urinverhaltung, von G. B. Browne 190
Über 2 Fälle von Striktur der Urethra und chronischer Prostatitis mit interessanten Reflexsymptomen, von F. R. Neilson 191
Schleimpolypen in der Blase eines Kindes, Operation, Tod, von W. A. Batchelor 230
Einkeilung eines Blasensteins in der Harnröhre bei einem dreijährigen Knaben, von F. M. Crandall 230
Führungsstäbe zur Einführung von Weichgummikathetern in die Blase und in die Speiseröhre, von J. Michael 289
Ausspülungen der männlichen Harnblase ohne Katheterismus, von E. Rother .. 334
Extraktion von 5 abgebrochenen Katheterstücken aus der Blase, von Rörig 291
Harnträufeln bei einem Weibe, von Tauffer 291
Die Antiseptik der Harnröhre und Harnblase, von Ziemssen 375
Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Finweg 376
Über Diphtherie des Meatus urinarius, von F. T. Brown 414
Über einen Fall von Harnröhrenruptur infolge von Striktur und Heilung der Urininfiltration durch Urethrotomia externa, von J. B. White 414
Die Leistungsfähigkeit des Elektro-Urethroskops, von Oberländer 463
Permanente Drainage der männlichen Harnblase durch eine oberhalb der Pubes eingelegte Dauerkanüle, von G. B. Johnston 563
Entfernung eines grofsen Blasensteines per vaginam, von E. M. Magruder 564
Ein Fall von angeborener Mifsbildung der Harnröhre, von A. W. Stein 564
Über eine seltene Komplikation der Litholapaxie, von J. W. White 564

b. Hoden und Samenblasen.

Brown-Séquards Verjüngungsversuche und der restaurierende und erregende Einfluls des Testikelsaftes auf das Nervensystem 83
Über die kompensatorische Hypertrophie der Geschlechtsdrüsen, von Ribbert .. 86
2 Fälle von Orchitis parotidea ohne Parotitis, von Kovacs 230

Seite

Wirkung der Testikularflüssigkeit bei Frauen, von A. Mairet 237
Über die ambulante Behandlung der Epididymitis mittels eines neuen Kompressionsverbandes, von E. Arning 291
Beitrag zur Behandlung der Neuralgia spermatica, von Th. Benda 375

c. Prostata.

Prostatahypertrophie, von R. T. Morris 230
Entfernung des 3. Prostatalappens; vollständige Wiederherstellung der Blasenfunktion, von F. N. Otis 415

d. Uretheren und Nieren.

Über einen Fall von anscheinender Heilung einer Nierencyste durch eine einzige Aspiration, von A. T. Cabot 414

e. Labien, Vagina etc.

Zwei Fälle von Vaginismus, geheilt durch den galvanischen Strom, von Lomer 83

f. Gonorrhoe und Komplikationen.

Über die Wirkung des Thallinum sulfuricum bei Gonorrhoe, von Schuppert .. 47
Zur Differenzierung der Gonokokken, von Steinschneider 86
Tendovaginitis gonorrhoica, von H. Feleki 87
Arthritis gonorrhoica, von R. Deutschmann 231
Über die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge, von J. Jadassohn 232
Über die verschiedenen Behandlungsarten des akuten Trippers, von A. Martin . 232
Akute gonorrhoische Peritonitis, von C. B. Penrose 232
Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem konstanten Strome, von L. Prochownick 334
Harnröhrenausspritzungen bei dem Tripper des Weibes, von E. Rotter 334
Zur Diagnose der chronischen Gonorrhoe, von A. Gabriel 335
Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenk- und Schleimbeutelentzündungen, von F. Rubinstein 335
Die antiseptische Wirkung des Salols auf die Harnorgane bei innerlicher Anwendung desselben, von Dreifous 291
Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Sozojodol, von Taaks 376
Beiträge zur Häufigkeit der Tripperkomplikationen beim Manne, von Weber... 415
Über Autoreinfektion als bisher nicht beachtete Ursache chronischer Gonorrhoe, von Ed. Stern 415
Abortivbehandlung der Gonorrhoe, von H. Picard 518
Über Nervenstörungen als Folge von organischer Striktur der Harnröhre, von H. Mc Guire 564
Über die Anwendung von Antisepsis bei frischer Urethritis anterior, von J. W. White 565
Der Diplokokkus von Neisser in den periurethralen, blennorrhoischen Abscessen, von C. Pellizzari 565
Zur Abortivbehandlung des Trippers, von Malécot 565
Über die Verwertbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medizin, von J. Kratter 566

IV. Notizen.

Berichtigungen (Köbner) 336. 376
Litteratureingänge 88. 191. 239. 416. 464
Denkmal für Philippe Ricord 238

Seite
V. Sachregister 587
VI. Namenregister 606

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Die Resorption von Medikamenten aus Salben, von A. P. Luff 60
Herxheimersche Spiralen der Oberhaut, von A. Eddowes (2 Tafeln in Buntdruck) Tafel I und II 89
Lymphangioma circumscriptum, von Noyes und Török. Tafel III 105
Verruca seborrhoica, von S. Pollitzer. Tafel IV 145
Ichthyosis cornea partialis entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt, von L. Philippson. Tafel V 337
Nervennaevus nach Neumann 346
Pemphigus vegetans, von C. Müller. Tafel VI und VII 427
Kochsche Injektionsspritze 467
Flora dermatologica VII, von Unna und von v. Sehlen. Tafel VIII und IX .. 471

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 1. 1. Juli 1890.

H2OV

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 5 1897

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenom (Darier-Jacquet) zu einander.

Von

Dr. L. Philippson,
praktischer Arzt in Hamburg.

Zwei Fälle seltenerer Hautaffektionen, welche gelegentlich bei zu anderen Zwecken unternommenen Krankenuntersuchungen in der Klinik des Herrn Dr. Unna gefunden wurden, bildeten den Ausgangspunkt zu einer Arbeit, in welcher die Beziehungen zwischen bis jetzt als verschiedenartige Anomalien aufgefaſsten Krankheitsbildern aufgesucht werden sollten.

Es handelte sich erstens um ein junges Mädchen von 25 Jahren, welches wegen eines syphilitischen Lichen die Klinik aufsuchte. Herr Dr. Unna machte uns bei der Krankenvorstellung auf kleine Knötchen, welche sich beiderseits an den unteren Augenlidern befanden, aufmerksam und diagnostizierte Kolloidmilien. Diese Knötchen unterschieden sich von den gewöhnlichen Milien durch ihr durchscheinendes Aussehen. Patientin hatte nie auf dieselben geachtet und wuſste nur, daſs sie dieselben von jeher besessen hätte. Genauer beschrieben, saſsen die halbkugeligen, circa hirsekorngroſsen Knötchen (rechts waren 2 und links 1 kleinerbsengroſses Knötchen) an dem unteren Augenlide, entsprechend dem Arcus infraorbitalis. Die Farbe war die der Umgebung, die Epidermis darüber glatt; sie waren derb anzufühlen und saſsen in der Haut selbst. Das Charakteristische war an ihnen das durchscheinende Aussehen. Zum Vergleich zeigte uns Herr Dr. Unna eine Kopie von dem Moulage der Dégénérescence colloide du derme oder Colloidmilium, welcher von Baretta nach dem Falle von Feulard und Balzer (*Annales de Dermat.* 1885) angefertigt worden ist. Dieser Moulage (No. 1019 Mus. Baretta) zeigte eine viel weiter ausgedehnte Affektion. Dicht gedrängt stehen hier die hirsekorn- bis linsengroſsen Knötchen symmetrisch auf den

Jochbeingegenden der Wangen, quer über den Nasenrücken ziehend und in einer Gruppe über dem linken Augenbrauenbogen. Die Knötchen haben teils die Farbe der umgebenden Haut, zum geringeren Teil sind sie gelblich oder weifslich-glänzend, einzelne haben aber das Aussehen von Bläschen. Diese letzteren stellen offenbar nur die weitere Entwickelungsstufe der durchscheinenden Knötchen, wie sie auch in unserem Falle vorlagen, dar.

Bei einem zweiten Patienten, 39 Jahr alt, welcher wegen chronischen Ekzems in Behandlung stand, wurden uns von Herrn Dr. Unna ebensolche Knötchen demonstriert. Sie hatten hier, wie in dem ersten Falle, dieselbe Form und dasselbe durchscheinende Aussehen; auch waren sie nur in sehr geringer Anzahl vorhanden: an dem inneren Ende des rechten unteren Augenlides safsen ein hirsekorngrofses und ein erbsengrofses Knötchen, an der entsprechenden Stelle des linken Lides ebenfalls ein hirsekorngrofses. Aufser dieser Affektion fesselte unsere Aufmerksamkeit aber ganz besonders eine andere, welche erst nach dem Abheilen des Ekzems deutlich zu erkennen war.

Die vordere Brustwand schien, von weitem gesehen, übersäet mit stecknadelkopfgrofsen dunklen Pünktchen. Dieselben standen zwischen Brustwarze und Clavicula am dichtesten, dann folgte eine Gruppe mit gröfseren Lücken zwischen sich unterhalb der Warze, und von da an nahm sowohl nach der Achselhöhle, wie nach den Seiten und nach unten bis zu dem Rippenbogen die Zahl der Pünktchen ab. Bei genauerem Suchen fanden sich auch einzelne auf der vorderen inneren Seite des Oberarmes und oberhalb der Clavicula. Zwischen den kleineren Erhabenheiten fanden sich auch hirsekorngrofse Knötchen. Viele waren von einem roten Hofe umgeben und gelblich pigmentiert. Dem Gefühl erschienen sie als winzige, höckerige Massen in der Haut. Patient konnte über das Entstehen und über etwaige Veränderungen dieser Bildungen keine Angaben machen, da er nie auf dieselben vorher geachtet hatte. Herr Dr. Unna stellte die Diagnose auf Cystadenom der Schweifsdrüsen und wies auf den von Darier unter dem Namen Hydradenom (*Annal. de Dermat.* 1887) veröffentlichten Fall und auf das Syringo-Cystadenom von Török (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.* 1889. Bd. VIII. pag. 116) hin.

Zwecks histologischer Untersuchung wurde ein Hautstückchen mit mehreren Knötchen bei dem ersten Fall von dem Augenlide und bei dem zweiten von der Gegend unterhalb der rechten Brustwarze herausgeschnitten. Die von mir gemachte mikroskopische Untersuchung der letzteren Knötchen bewies die Richtigkeit der Diagnose, denn es fanden sich im wesentlichen dieselben Gewebsveränderungen, wie sie von Darier und Török in ihren Fällen beschrieben worden sind. Die Untersuchung der Knötchen von dem als Kolloidmilium diagnostizierten ersten Fall

ergab aber ein Resultat, welches nicht erwartet wurde, nämlich dasselbe histologische Bild, wie bei dem zweiten Falle. Zwar lagen bereits zwei histologische Untersuchungen der kolloiden Degeneration der Haut von Balzer vor (*Annal. de Dermat.* 1879 und 1885), aber dieselben schienen sich doch wesentlich von den von Darier und von Török gelieferten zu unterscheiden. Andererseits war das klinische Aussehen der beiden Affektionen so verschieden, dafs eine Identität nicht einmal vermutet werden konnte, selbst nicht in unserem zweiten Falle, wo bei ein und demselben Individuum Kolloidmilien im Gesicht und Cystadenome auf der Brust vorhanden waren.

Nachdem ich allerdings dieselbe anatomische Struktur bei bis dahin für so different gehaltenen Erkrankungen gefunden hatte, war die Fragestellung eine einfachere, als früher: wenn Kolloidmilium und Cystadenom nebeneinander vorkommen und denselben histologischen Bau haben, gehören dann nicht vielleicht alle unter dem Namen Kolloidmilium oder kolloide Degeneration der Haut oder Hydradenom resp. Cystadenom beschriebenen Fälle zusammen, trotz der Differenz im Aussehen und im Sitze? Diese Frage mufs ich auf Grund der eigenen histologischen Untersuchung und der in der Litteratur bereits vorliegenden Darstellung bejahen. Im Folgenden versuche ich, genügende Beweise für diese Behauptung beizubringen.

Ich werde zuerst die histologische Beschreibung der von mir untersuchten Knötchen geben, und zwar beide Fälle zusammenfassen, da sie in ihrem geweblichen Baue so gut wie gar nicht verschieden sind. Daran schliefst sich eine Diskussion der bisher gelieferten histologischen Untersuchungen, sowohl des Cystadenom wie des Kolloidmilium, und endlich werde ich auf Grund der im ganzen auf 12 Fälle sich beziehenden Krankengeschichten den Versuch machen, das Krankheitsbild des Kolloidmilium zu skizzieren.

Kolloidmilium möchte ich nämlich für die uns beschäftigende Affektion als Namen beibehalten, denn in der ersten Beschreibung gebrauchte E. Wagner (*Arch. f. Heilk.* 1866) diese Benennung, und ferner drückt die Bezeichnung ganz gut auch den anatomischen Befund aus, wenn nur der Begriff Milium besser als gewöhnlich bisher definiert wird. Da weiter unten genauer darauf eingegangen werden mufs, so sei hier nur so viel gesagt, dafs die Benennung Milium, wie bereits Epstein und Robinson es gethan haben, besser auf nur Hornzellen enthaltende Cysten beschränkt wird, gegenüber den echten Retentionscysten, welche neben Hornzellen auch noch Fett, Cholestearin u. s. w. enthalten. Unter dieser Voraussetzung liefse sich dann der allgemeine Begriff Milium auch auf die uns hier beschäftigenden Affektionen anwenden und dem gewöhnlichen Hornmilium das Kolloidmilium gegenüberstellen, zumal da beide, wie es später

als sehr wahrscheinlich hingestellt werden wird, einem ähnlichen Ursprunge ihr Dasein verdanken, nämlich embryonalen Epithelherden in der Cutis.

Zur histologischen Untersuchung wurden die Hautstückchen zum Teil in Alkohol, zum Teil in Flemmingscher Lösung fixiert; als Färbungsmittel dienten hauptsächlich Hämatoxylin und Saffranin. Von 3 Knötchen wurden Serienschnitte untersucht.

Bei schwacher Vergrößerung sieht man im Bindegewebe verteilt Cysten mit einem homogenen glänzenden Inhalte und Anhäufungen von Zellen in Form von rundlichen Nestern und von Zellzügen. Diese Geschwulstelemente finden sich in der ganzen Dicke der Cutis, die oberflächlichsten von dem Deckepithel durch eine dünne Bindegewebsschicht getrennt, die tiefsten bis zur Lage der Talgdrüsen und auch bis zu derjenigen der Knäuel hinabgehend. Sie liegen ferner nicht allein in den Zwischenräumen zwischen den Drüsen und den Haarfollikeln, sondern treten auch stellenweise dicht an sie heran. Nur bei einem einzigen Knötchen von dem ersten Falle lagen die Geschwulstelemente in einem derberen Bindegewebe, welches sich deutlich von dem umgebenden lockeren Bindegewebe abgrenzte; in allen übrigen Knötchen waren die Cysten und Zellhaufen in dem normalen Bindegewebe eingebettet.

Die stärkere Vergrößerung läßt als wesentlichen Bestandteil der Geschwulst kubische Zellen mit runden Kernen und Nucleoli, also Epithelzellen erkennen. Diese Epithelzellen sind es, welche zu zweien, dreien oder noch mehreren nebeneinander gelagert die Epithelzüge zwischen den Bindegewebsbündeln bilden, oder welche sich zu rundlichen Nestern gruppieren oder welche degenerieren und so Cysten formen, welche an der Peripherie noch gesunde Zellen, im Innern die kolloidentarteten aufweisen. Diese Degeneration, welche für das mikroskopische Bild so charakteristisch ist, läßt sich in ihrer Entwickelung sehr leicht verfolgen.

Von der peripherischen Zellenlage einer Cyste nach ihrer Mitte gehend, sieht man zuerst kubische Zellformen mit gut färbbarem Protoplasma und Kern; dann folgen Zellen, wo das Protoplasma sich schlechter färbt (mit Hämatoxylin, Saffranin) und die ganze Zelle an Umfang zunimmt, dann schwillt auch der Kern an und färbt sich blasser, bis schließlich in der Mitte der Cyste mehr oder weniger rundliche, sich sehr blaß färbende, hier und da noch Andeutungen von Kernresten zeigende Klümpchen zu finden sind, welche von einander durch zarte Konturen getrennt sind. (In diesen degenerierenden Zellen treten gelegentlich auch Vakuolen auf, welche aber wohl nur von der Härtungsmethode abhängig sind, da sie ja auch bei normalen Geweben gesehen werden.) Degenerierte Zellen sind nicht allein in den Cysten vorhanden, sondern zeigen sich bereits in den Zellzügen und Zellnestern. Auch hier sind es stets die central

gelegenen, welche sich schlechter färben und angeschwollen sind. Damit ist auch hier der Beginn zur Entstehung der Cysten gegeben, welche sich leicht von Stufe zu Stufe verfolgen läfst.

Je nach der Stelle, wo die Degeneration zuerst auftritt, ist auch die Konfiguration der Cysten verschieden. So finden sich isoliert im Bindegewebe liegende Cysten, Cysten mit einem oder mit mehreren Epithelzügen, welche von ihrer Peripherie ausgehen, Cysten, welche unter einander durch einen Epithelstrang verbunden sind, oder solche, welche bis zur Berührung aneinander gerückt sind oder gar mit einander kommunizieren, in welchem Falle Reste der Scheidewand auf die Entstehung der Doppelcyste aufmerksam machen. Die Gröfse der Cysten ist selbstverständlich sehr schwankend: wo die Epithelmassen überwiegen, da finden sich nur kleinere Cysten, und wo die gröfseren Cysten liegen, da sind nur schmale Epithelzüge übrig geblieben.

Es verdient noch erwähnt zu werden, dafs die gröfsten Cysten nicht mehr von einem kubischen, sondern von einem flach gedrückten Epithel ausgekleidet sind, entsprechend dem von dem kolloiden Inhalt auf sie ausgeübten Druck.

Mitosen finden sich in den Epithelzügen nur sehr selten, während sie z. B. in der äufseren Wurzelscheide der Haare von denselben Präparaten reichlich sind, als Zeichen der guten Fixation.

Was das Cutisgewebe selbst betrifft, in welchem die Geschwulstelemente liegen, so zeigte es, wie schon oben erwähnt, nur in einem Knötchen eine derbere Beschaffenheit, als das das Knötchen umgebende Bindegewebe; in allen anderen Präparaten lagen keine pathologischen Verhältnisse vor.

Auch die Epidermis, sowie die Haarfollikel, Talgdrüsen und Knäueldrüsen wiesen keine Abnormitäten auf.

Es erhob sich jetzt die Frage, woher die in dem Bindegewebe liegenden Epithelien abzuleiten sind. Zu diesem Zwecke wurden von drei Knötchen Serienschnitte angefertigt und dieselben der Reihe nach durchmustert.

Obgleich Cysten und Epithelhaufen gar nicht selten sehr nahe an die Talgdrüsen, an die Haarfollikel, an die Ausführungsgänge der Knäuel und an die letzteren selbst herantreten oder sie gar berühren, so ist doch eine wirkliche Verbindung nirgends zu finden gewesen. Zwischen der Epidermis und den Geschwulstelementen wurde nur ein einziges Mal eine Verbindung gesehen, und dies zwar nicht in den Serienschnitten, so dafs nichts Genaueres darüber gesagt werden kann, als das von einem interpapillären Epithelzapfen aus ein Epithelzug sich eine Strecke weit ins Bindegewebe hinein verfolgen liefs und sein Übergang in eine mit kolloidem Inhalt versehene Cyste zu sehen war.

Nachdem keine Verbindungen mit irgend einem epithelialen Gebilde (mit Ausnahme des eben angeführten Befundes) sich auffinden liefs, lag der Gedanke nahe, es möchte vielleicht aus der Gruppierung der Zellzüge und Zellnester zu einander und zu den umgebenden epithelialen Gebilden ein Anhaltspunkt zu gewinnen sein, aus welchem etwas Näheres über den Ursprung der Epithelzellen abzuleiten wäre.

Doch auch dieser Weg führt nicht weiter; denn es besteht in dieser Hinsicht gar keine Regelmäfsigkeit. Einzelne Gruppen der Geschwulstelemente halten sich nur an die höheren Lagen der Kutis und breiten sich flächenhaft aus, so dafs Haarfollikel und Knäuelgänge mitten durch sie hindurchziehen und die Knäuel in einiger Entfernung unter ihnen liegen. Andere Knötchen wiederum breiten sich mehr in vertikaler Richtung aus, entweder zwischen den kutanen Anhangsgebilden der Epidermis, oder auch mit ihren Zellnestern und Cysten einen aufwärtsziehenden Knäuelgang von der Drüse bis zu seiner Mündungsstelle im Epithel umgebend. Da also der Ursprung der Geschwulstzellen nicht von den sie umgebenden Epithelien herzuleiten ist, so darf man auf embryonale Keime rekurrieren, wie unten weiter auseinandergesetzt werden wird.

Die Verbindung der Epithelzüge unter einander anlagend, so ergibt sich aus den Serienschnitten, dafs im allgemeinen die Epithelzüge isoliert zwischen den Bindegewebsbündeln liegen und dafs dementsprechend auch die Cysten nur vereinzelt auftreten. Längere Epithelzüge, deren Zellen enger aneinander stehen als diejenigen der gewöhnlichen kurzen Epithelstränge, sind nicht häufig.

Diese Epithelzüge haben etwa die Breite von Knäuelgängen, besitzen aber kein Lumen und keine membrana limitans externa. Einmal ging ein solcher solider Epithelzug von einer mit kolloidem Inhalt versehenen Cyste, welche unterhalb der Epidermis lag, aus und es liefs sich durch mehrere Schnitte verfolgen, wie er schräg nach abwärts lief und in der Nähe von Epithelnestern endete. Ein anderes Mal lag in der unteren Hälfte der Kutis ein ebenfalls längerer Epithelstrang, welcher Seitenäste abgab, von denen zwei am Ende in Epithelnester ausliefen, deren centrale Zellen schon degeneriert waren. Jedoch sind solche durch ihre Breite und durch die Anordnung ihrer Zellen an Knäuelgänge erinnernde Epithelzüge gegenüber den kürzeren, unregelmäfsiger geformten Epithelanhäufungen nur Ausnahmen.

Von selteneren Befunden sind noch zwei zu erwähnen.

Bei der Untersuchung der Knäuelgänge fiel mir einer durch seinen eigentümlichen Verlauf auf. Derselbe lag ganz frei im Gewebe und konnte daher ohne Schwierigkeit verfolgt werden. Von seiner Mündungsstelle aus war er zuerst auf einen Talgdrüsenacinus gerichtet, bog dann aus und strich nahe an demselben vorbei, trat dann zwischen zwei Muskel-

bündel und verlief alsdann eine lange Strecke (etwa 20 Schnitte hindurch) ziemlich parallel mit der Oberfläche. In den letzten Schnitten waren noch Querschnitte von ihm im Bindegewebe und zuletzt das blinde Ende zu finden; hier, ebenso wie in seiner ganzen Länge, war eine deutliche membrana limitans interna vorhanden.

Nur vereinzelt, aber doch in jedem Knötchen in einem oder in mehreren Exemplaren, gibt es Cysten mit Hornzellen im Innern. Diese Cysten, auch von verschiedener Größe, sind nur oberflächlich gelegen, von der Epidermis durch eine Bindegewebsschicht getrennt und ebenfalls ohne Verbindung mit Knäuelgang oder Haarfollikel. Die wandständigen Zellen sind mit denen der gewöhnlichen Cysten übereinstimmend: in den kleineren Cysten kubisch, in den größeren flach gedrückt. Die die Hornzellen unmittelbar einschließende Zelllage zeigt durch Lage, Form und Färbbarkeit sich als Keratohyalin zu erkennen gebende Granula. Die Hornzellen selbst liegen koncentrisch geschichtet und besitzen eine deutliche Kernhöhle.

Es finden sich auch Cysten, welche in der einen Hälfte Hornzellen, und an der entsprechenden Seite in den wandständigen Zellen Keratohyalin enthalten, und welche in der anderen Hälfte einen Kolloid-Inhalt besitzen, welcher von keratohyalinfreien Epithelien eingeschlossen wird. Einige Male war auch eine Cyste mit Hornzellen in Kommunikation mit einer Kolloid enthaltenden Cyste getreten und zeigte noch die Reste der durchbrochenen Scheidewand.

Diese eben ausführlich gegebenen histologischen Daten von jenen sechs kleinen gutartigen Geschwülsten genügen, um die anatomische Stellung derselben zu präzisieren. Es kann sich nur darum handeln, sie entweder den Adenomen oder den gutartigen Epitheliomen einzureihen. Ein Zusammenhang der Geschwulstelemente mit den Drüsen ist nicht zu finden, die Geschwulstelemente sind nicht nach dem Baue von Drüsen angeordnet — also fehlen hier die notwendigen Charaktere des Adenoms. Allerdings fanden sich einige Male in unseren Präparaten solide Zellzüge, welche Ähnlichkeit mit dem Knäuelgange haben, aber diese Befunde sind so ausnahmsweise, daß sie die Stellung der Geschwülste nicht bestimmen dürfen. Ich fasse daher die als Kolloidmilium und als Hydradenom (resp. Cystadenom) beschriebenen Tumoren als gutartige Epitheliome, verbunden mit kolloider Degeneration auf.

Das makroskopische Aussehen dieser kleinen Geschwülste ist, da sie in der Cutis eingebettet sind, ein sehr indifferentes; sie wölben eben die Haut nur etwas hervor. Anders wird ihr Äußeres, wenn die kolloide Degeneration weiter gediehen ist und die darüber hinwegziehende Haut verhältnismäßig dünn ist, wie an den Augenlidern. Hier verleiht das Kolloid den Knötchen die so charakteristische Transparenz. Wie klinisch

bereits zu erkennen war, ist das Wachstum der Neubildung ein sehr langsames, was sich in dem seltenen Befunde von Mitosen histologisch ausdrückt.

Während das Äufsere der Knötchen leicht zu erklären ist, bedarf das histologische Bild einer eingehenderen Besprechung. Als wichtigste Frage erhebt sich die folgende: woher sind die Geschwulstzellen abzuleiten?

Da eine Verbindung der Epithelzellen mit irgend einem der kutanen Anhangsgebilde der Epidermis nicht nachzuweisen ist, so ist die von Török (l. c.) und von Jacquet (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1889. Bd. IX, Ref. d. Internat. Kongr. f. Dermat. in Paris, pag. 238) aufgestellte Hypothese, dafs solche Epithelnester in der Cutis während der embryonalen Entwickelungsperiode der Haut abgeschnürte Keime der Epidermis seien, auch in unseren Fällen sehr gut anwendbar.

Wir hätten uns danach vorzustellen, dafs zu einer Zeit, wo die Keimschicht der Epidermis noch aus kubischen, stachellosen Zellen bestand, durch irgend welche Anomalien im Wachstum einzelne Epithelien sich von den übrigen ablösten und von Bindegewebsbündeln eingeschlossen wurden. Und hier finden wir sie noch heute als isolierte Epithelnester und -züge.

Die Annahme von der Abstammung der Geschwulstzellen aus der Keimschicht des Stratum spinosum erklärt ferner auch das, wenigstens in unseren beiden Fällen, regelmäfsige Vorkommen von Hornzellen enthaltenden Cysten. Der normale Verlauf der Verhornung hat hier stattgefunden, indem sich die kubischen, wandständigen Zellen in die mit Keratohyalin versehenen Zellen der Mittelschicht, und diese endlich in die verhornten Zellen des Cysteninhaltes umgewandelt haben. Eigentümlich für diese Art von Cysten ist es, dafs sie sich in unseren Präparaten nur subepithelial und nie in den tieferen Kutisschichten vorfanden.

Diese Verhornung der epithelialen Geschwulstzellen ist also gegenüber der Hauptveränderung derselben in kolloide Massen nicht als eine zufällige Komplikation des Krankheitsprozesses aufzufassen, sondern sie liegt vielmehr in der Natur desselben begründet. Und gerade so wie diese Cysten mit Hornzellen in histologischer Beziehung mit einer bestimmten Art gewöhnlicher Milien identisch sind, ebenso dürfte auch die Genese der beiden Neubildungen eine gleiche sein, woraus sich ergäbe, dafs auch das Kolloidmilium mit dem gewöhnlichen Milium nahe verwandt wäre.

Diese Behauptung ist zwar schon von Wagner selbst aufgestellt worden, und wählte er daher jene Bezeichnung. Er that es aber auf Grundlage der Anschauung, dafs das Milium eine Retentionsgeschwulst

der Talgdrüse sei und dafs in seinem Falle die Zellen anstatt wie gewöhnlich zu verhornen, ausnahmsweise kolloid entartet seien. Diese Auffassung von dem gewöhnlichen Milium ist auch heute noch in den Lehrbüchern der pathologischen Anatomie und der Dermatologie die allgemein verbreitete. Aber gegen diese einseitige Deutung der histologischen Thatsachen haben sich schon verschiedene Autoren mit gewichtigen Gründen ausgesprochen. Wenn ich also oben dem gewöhnlichen Milium einen gleichen Ursprung wie dem Kolloidmilium zuschrieb, so geschah es nur mit Zugrundelegung der Ansicht, dafs beide keine Retentionsgeschwülste sind, sondern umgewandelte, von dem Deckepithel abgeschnürte Epithelkeime.

Für das Kolloidmilium hat diese Ansicht schon oben ihre Begründung gefunden; es erübrigt daher noch, für das gewöhnliche Milium beweiskräftige Thatsachen anzuführen. Ich selbst habe schon vor längerer Zeit Gelegenheit gefunden, verschiedene, etwa hirsekorngrofse, durch die Epidermis weifsgelblich durchscheinende Knötchen der Gesichtshaut, welche alle als Milium imponierten, zu untersuchen. Während die sogenannten Milien der Neugeborenen und manche Milien der Erwachsenen nichts anderes sind als Sebum, welches in dem Ausführungsgang eines Talgdrüsenacinus oder in dem Haarbalgtrichter aufgestaut ist und eine mehr oder weniger rundliche, aus feinen Fetttropfen, verfetteten Acinuszellen, Fettkrystallen und Hornzellen bestehende Masse bildet, gibt es auch Milien, welche nicht in präformierten Hohlräumen liegen, sondern welche ohne Zusammenhang mit Talgdrüsen, Haarfollikel oder Deckepithel aus frei in dem Bindegewebe eingebetteten, koncentrisch angeordneten Hornzellen ohne Fettbeimengung bestehen. Diese Art von Milien, welche in ihrer Struktur vollständig mit den in obiger histologischer Beschreibung erwähnten Hornzellen enthaltenden Cysten übereinstimmen, lassen sich auch nicht von den umgebenden Gebilden ableiten, und verlegt man daher füglich die Abstammung ihrer Epithelien von der Keimschicht der Epidermis in die embryonale Entwickelungsperiode. Und dies mit um so gröfserem Rechte, als bereits für eine bestimmte Art von Milien, für die Schleimhautmilien, der entwickelungsgeschichtliche Beweis erbracht ist.

Epstein (*Zeitschr. f. Heilk.* Prag 1880, Über Epithelperlen in der Mundhöhle neugeborener Kinder) zeigt nämlich, dafs die Milien in der Mittellinie des harten Gaumens, wo sie ein überaus häufiger Befund sind, und an den Alveolarfortsätzen, hauptsächlich des Oberkiefers, gar nicht von Drüsen abzuleiten sind, sondern das sie genetisch zusammenhängen einerseits mit den Vorgängen bei Schliefsung der Gaumenplatten und andererseits mit der Abschnürung des Schmelzkeimes vom Zahnwall. Bei diesen Prozessen wird das Epithel eingestülpt und bildet in diesem

Stadium zapfenförmige Anhänge des Deckepithels. Letztere sind in ihrer weiteren Entwickelung zu abgeschnürten Epithelnestern und zu verhornten Epithelperlen leicht zu verfolgen. Ein etwas anderer Modus der Entwickelung mufs natürlich bei den jenen Epithelperlen gleich gebauten Milien der äufseren Haut vorausgesetzt werden. So leitet Robinson (*Manual of Dermatology* 1885, p. 73) diejenigen Milien, welche oberflächlich liegen, keine verfetteten Epithelien enthalten, keine Verbindung mit Talgdrüsen zeigen von embryonalen Epithelien (miscarried embryonic epithelium) eines Haarfollikels oder der Epidermis ab.

Von zwei ganz verschiedenen Seiten erhält also jene oben von mir aufgestellte Behauptung eine Stütze, dafs nämlich dem Kolloidmilium, den bei ihm zu findenden, in Hornzellen sich umwandelnden Epithelnestern und den gewöhnlichen Milien ein gleicher Ursprung zuzuschreiben ist. Die von Török und Jacquet für notwendig erachtete Annahme, dafs die von ihnen im Bindegewebe gefundenen, isoliert auftretenden Epithelmassen beim Cystadenom, resp. Epithelioma cysticum von der Epidermis aus einer frühen Entwickelungsperiode herstammen, begegnet sich demnach durch den Befund von aus Hornzellen bestehenden mikroskopischen Milien beim Kolloidmilium mit der Anschauung von Epstein über das Schleimhautmilium und von Robinson über das (nur aus Hornzellen bestehende) Milium der äufseren Haut.

Da die Genese dieser Art von Milium imstande war, die Frage von dem Ursprung des Kolloidmilium von einer anderen Seite her zu beleuchten, so wird man diese kurze Abschweifung von unserem eigentlichen Gegenstande für nicht unnötig erachten.

Mit der Besprechung der Hornmilien haben wir die häufigeren Befunde in unseren Präparaten von Kolloidmilien erledigt; es erübrigt noch auf die Unica zurückzukommen: nämlich auf den Epithelzapfen, welcher in eine Kolloid enthaltende Cyste übergeht, auf den blind endigenden Knäuelausführungsgang und auf die soliden, Gang ähnlichen Epithelzüge.

Wären diese Bildungen häufiger vorhanden, so würden sie als Zeichen, dafs die Knäueldrüsen verändert wären, von grofser Bedeutung sein, da sie aber nur vereinzelt auftreten, können sie nicht als wesentliche Bestandteile der kleinen Geschwülste betrachtet werden. Während im allgemeinen die Epithelzüge ohne bestimmte Anordnung und ohne Zusammenhang mit einander im Bindegewebe liegen, gibt es einige wenige, welche an Breite und Anordnung der Zellen sehr den Knäuelausführungsgängen gleichen und entschieden an Adenom erinnern. Auch mit diesem Befunde steht die Hypothese von der Abstammung der Geschwulstzellen von dem embryonalen Deckepithel sehr gut in Einklang: während die meisten abgeschnürten Epithelkeime einer höheren Entwickelung nicht mehr fähig sind, sondern degenerieren, so deutet doch die stellenweise

auftretende Verhornung bereits auf einen normalen Ablauf der den Zellen der Keimschicht innewohnenden Lebenseigenschaften hin, welche sich anderseits auch darin äufsern, dafs einige wenige Epithelkeime ihrer Bestimmung zu Knäueldrüsen gemäfs sich zu gangähnlichen Gebilden gruppieren. Als ein Symptom der in der Entwickelungsperiode der Haut stattgefundenen Störung mag die ein einziges Mal angetroffene Aplasie eines Knäuelausführungsganges gedeutet werden. Wie der in eine Kolloid enthaltende Cyste mündende Epithelzapfen aufzufassen ist, mufs zweifelhaft bleiben.

Als gutartige Epitheliome, welche kolloid degenerieren und auch einen Verhornungsprozefs durchmachen können, sind also die im Gesicht als Kolloidmilium und am Rumpfe als Cystadenom der Knäueldrüsen diagnosticierten Knötchen aufzufassen. Es läfst sich der erste Name sehr wohl für beide Krankheitsbilder in Anwendung ziehen, wenn man sich entschlösse, die Retentionscysten der Talgdrüsen von den verhornten Epithelperlen, zu denen auch die Schleimhautmilien gehören, zu trennen. Es würden dann also von den aus isoliert im Bindegewebe liegenden Epithelien entstehenden Milien die echten Talgretentionscysten zu sondern sein. Die Gattung Milium würde in zwei Arten zerfallen, in Milium, welches Horncysten, und Milium, welches Kolloidcysten bildet, in das gewöhnliche Milium (Hornmilium) und in das Kolloidmilium.

Die Histologie unserer beiden Fälle lehrte, dafs das Kolloidmilium entweder allein im Gesicht oder auch zu gleicher Zeit an anderen Körperstellen (Rumpf und Arm) vorkommen kann, dafs also hier die Differenz im klinischen Verhalten der Knötchen doch nur ein- und demselben anatomischen Bild entspricht. Die Unterschiede im Sitz, in der Gröfse, in der Farbe der Knötchen im Gesicht und auf der Brust sind daher nur von nebensächlicher Bedeutung, und hat die Klassifizierung allein nach anatomischen Gesichtspunkten zu geschehen, wie sie bereits oben stattgefunden hat. —

Wir kommen jetzt zum zweiten Teil der Untersuchung, wo unsere Befunde den von anderen gemachten gegenübergestellt werden. Und zwar müssen nicht allein die Arbeiten in Betracht gezogen werden, in welchen den unserigen anatomisch gleich gebaute Knötchen, welche aber nur am Rumpfe safsen, Gegenstand der Untersuchung waren, sondern auch diejenigen Arbeiten, in denen die klinische und histologische Beschreibung Fälle betreffen, welche den unserigen scheinbar sehr unähnlich waren (dégénérescence colloïde du derme von Besnier).

Unserem zweiten Falle entsprechend, nur mit dem Unterschiede, dafs die Knötchen allein auf der Brust waren, liegen zwei Untersuchungen vor, die eine von Darier unter dem Namen Hydradenom, die zweite von Török mit der Bezeichnung Syringo-Cystadenom. Zwei andere Fälle

wurden von JACQUET und QUINQUAUD auf dem Kongreſs in Paris 1889 vorgestellt, worüber ein Referat von TÖRÖK (l. c.) gegeben worden ist.

Der Fall von DARIER-JACQUET betrifft einen 26jährigen Mann, bei dem die Knötchen angeblich mit dem 18. Jahre zuerst aufgetreten sind. Die stecknadelkopfgroſsen bis höchstens erbsengroſsen Knötchen nehmen die vordere Brustwand in Form der vorderen Hälfte eines „Kürass" ein (wie auch in unserem Falle), aufserdem gibt es einige Exemplare auch an der vorderen, inneren Fläche der oberen Extremitäten. Auf Grund der histologischen Untersuchung bezeichnet DARIER diese Krankheit als épithéliome adénoïde ou plus brièvement hydradénome; er leitet, mit anderen Worten, den Tumor von den vorhandenen Knäueldrüsen ab, möchte aber die Neubildung nicht zu den echten Adenomen rechnen, da sie nur adenomähnlich ist. Gegen die Ableitung der Geschwulstelemente von den Knäueldrüsen hat sich bereits TÖRÖK ausgesprochen, indem er darauf hinwies, daſs nach DARIERS eigener Aussage eine Verbindung der Epithelzüge mit dem Knäuelausführungsgang nur ausnahmsweise zu finden wäre. Da auch unsere Fälle nur für TÖRÖKS Hypothese von dem embryonalen Ursprunge der Geschwulstzellen sprechen, so ist eine eingehendere Kritik der DARIERschen Auffassung hier überflüssig. Insofern sind aber die DARIERschen Befunde für unsere Fälle von Wichtigkeit, als auch sie nur eine adenomähnliche Neubildung und kein echtes Adenom diagnostizieren lassen und somit mit unserer histologischen Darstellung so gut wie vollständig übereinstimmen. Die Übereinstimmung dieses Falles mit dem unsrigen geht sogar soweit, daſs auch die selteneren Bildungen bereits von DARIER aufgefunden worden sind.

Während nämlich die allgemeine Anordnung der Geschwulstzellen keine regelmäſsige ist, findet DARIER (pag. 320) einige „Epithelzüge mit regelmäſsiger liegenden Zellen," und da in diesen Epithelzügen ein „Lumen im Centrum des Schlauches (boyau) zu sein scheint, so wird man an das Aussehen eines Drüsenganges erinnert". Bis auf das Lumen, welches ja nicht als sicher vorhanden angesehen wird, haben wir hier die genaue Beschreibung unserer aus regelmäſsig liegenden Zellen bestehenden, soliden, gangähnlichen Epithelzüge, welche sich auch in unseren Präparaten nur einigemale vorfinden. Auch Serienschnitte, welche DARIER machte, ergaben dieselben Resultate, wie die unsrigen: ein normaler Knäuelausführungsgang hörte plötzlich in der Nähe von Epithelnestern und Cysten auf — ein Stück eines cylindrischen Tubus ohne Kutikula mündete in eine Cyste —; aufserdem fand DARIER noch in dem Abschnitt eines Knäuelganges, welcher bereits in dem interpapillären Zapfen lag, einige Zellen kolloid entartet und schlieſslich, vor dem Übergang eines Ganges in das Epithel seitwärts abgehend, einen dünnen Zellstrang.

Während alle diese seltenen Befunde die Annahme DARIERS nicht

rechtfertigen, daſs die Neubildung von den Knäueldrüsen stamme, finden sie, soweit sie Analoga zu unseren eigenen histologischen Ergebnissen sind, eine hinreichende Erklärung in der obigen Besprechung der letztern. Einzelne dieser selteneren Befunde bedürfen natürlich noch einer besonderen Deutung.

Hervorzuheben ist, daſs in diesem Falle der Sitz der Knötchen am Rumpfe und an den Armen gerade so war, wie in unserem zweiten Falle, und daſs einzelne Knötchen erbsengroſs waren.

Die histologische Untersuchung, welche Török von seinem, dem eben besprochenen, und dem unsrigen klinisch ganz gleichen Falle gegeben hat, stimmt auch mit derjenigen von Darier und von mir im wesentlichen überein. Da auch hier keine Verbindung mit den Knäueldrüsen gefunden wurde, leitet, wie schon oben erwähnt, Török die Geschwulstzellen von der embryonalen Epidermis ab. Er macht aber die nähere Bestimmung dazu, daſs diese Epithelkeime „verunglückte Knäueldrüsenanlagen“ seien, da die Neubildung ein echtes Adenom, resp. Cystadenom sei. Um zu diesem Schlusse zu kommen, stützt er sich aber auf keine anderen Thatsachen als auf diejenigen, welche Darier nur zu dem Begriff eines adenomähnlichen Epitheliom geführt haben und welche mich veranlassten zu sagen, daſs nur ausnahmsweise die Anordnung der Geschwulstzellen an die Form der Knäuelgänge erinnert. Török sagt nämlich: „Die etwas breiteren Zellzüge, bei welchen ich kein Lumen entdecken konnte, haben eine doppelte Zellreihe und sind manchmal einem Knäueldrüsenausführungsgange zum verwechseln ähnlich (pag. 120).“ Der Hauptwert wird auf die „Konfiguration der Schläuche“ gelegt, unter welchen Epithelzüge verstanden werden, die im Innern kolloid degeneriert sind und als mit kolloidem Inhalt versehene Kanäle aufgefaſst werden. Da aber keine Serienschnitte angefertigt wurden, so sprechen die Befunde nur für mehr oder weniger rundliche Cysten, und damit decken sich dieselben vollkommen mit denjenigen von Darier und von mir. Dann ist aber auch die Ähnlichkeit der Neubildung mit Knäuelgängen in nicht so hervorragendem Grade vorhanden und die Herleitung der Geschwulstzellen von Knäueldrüsenanlagen nicht gerechtfertigt.

Während die Dariersche Auffassung von der Abstammung der Neubildung von den ausgebildeten Knäueldrüsen und die Töröksche Hypothese von „verunglückten Knäueldrüsenanlagen“ sich nicht als genügend begründet erweisen, erheben sich keine Bedenken gegen die Ansicht von Jacquet (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1889. Bd. IX. pag. 238. Referat d. Intern. Kongr. in Paris), welcher die versprengten embryonalen Epithelkeime indifferenterer Natur sein läſst, wie schon oben erwähnt. Wie aus dem kurzen Referate (pag. 238) hervorgeht, scheint sein Fall im wesentlichen, wie auch die übrigen, mit dem unsrigen übereinzustimmen. Zur Bezeich-

nung wählt er den anatomischen Begriff des Epithelioma cysticum benignum der Haut.

Auf demselben Kongresse wurde noch ein zweiter Fall derselben Erkrankung von QUINQUAUD (l. c. pag. 220) vorgestellt, welcher der histologischen Struktur der Neubildung Ausdruck verleiht in dem Namen „multiples, epitheliales, eruptives Cellulom". Auch QUINQUAUD schliefst sich der JACQUETschen Ansicht über die Herkunft und Natur der Geschwulstzellen vollkommen an.

Es sind bis jetzt also fünf Fälle einer Erkrankung bekannt, welche sich klinisch auszeichnet durch das Auftreten stecknadelkopf-, hirsekorn-, erbsengrofser Knötchen, welche meist dunkler pigmentiert sind als die umgebende Haut, welche sich derb anfühlen, in der Kutis liegen und hauptsächlich ihren Sitz auf der vorderen Brustwand haben. Anatomisch sind sie zu bezeichnen als gutartige Epitheliome, verbunden mit kolloider Degeneration. Unser Fall besitzt noch die Eigentümlichkeit, dafs er Knötchen von transparentem Aussehen an den unteren Augenlidern aufweist, wie sie bei den unter dem Namen Kolloidmilium (WAGNER) und Dégénérescence colloide du Derme (BESNIER) beschriebenen Affektionen vorkommen. Meine histologische Untersuchung solcher Knötchen erwies die Identität derselben mit den auf dem Rumpfe vorkommenden und rief daher die Vermutung wach, dafs trotz des verschiedenen Aussehens und Sitzes die auf das Gesicht allein beschränkten Knötchen, welche WAGNER und BESNIER zur Aufstellung einer besonderen Krankheitsform geführt haben, mit den von DARIER, TÖRÖK u. s. w. am Rumpfe beschriebenen und ebenfalls als eine Krankheitsform sui generis hingestellten, doch zusammengehören und ein gut umschriebenes Krankheitsbild darstellen dürften. Mit der Kenntnis von dem histologischen Baue jener Knötchen war es auch erklärlich, dafs bei sehr weit gediehener kolloider Entartung dieselben durchscheinend werden und das Aussehen von Bläschen bekommen würden, wie WAGNER, BESNIER und FEULARD es beschrieben haben. Die von ihnen untersuchten Fälle betreffen auch nur Personen in den Vierzigern und Fünfzigern, im Gegensatz zu den übrigen Fällen, wo es sich um jugendlichere Individuen handelte.

Die Fälle von BESNIER und FEULARD wurden von BALZER histologisch untersucht und scheinen darnach auf den ersten Blick meiner eben geäufserten Vermutung zu widersprechen; wie ich aber nachzuweisen hoffe, stellen sich auch hier die anatomischen Befunde den unsrigen an die Seite.

Von WAGNER wurde zuerst (l. c.) ein Fall von Kolloidmilium des Gesichtes beschrieben. Klinisch stellt dieser Fall einen weit höheren Grad der Entwickelung dar, als der unsrige. Die kleinen, zum Teil über hirsekorngrofsen, rundlichen, nicht konfluierenden Knötchen zeichneten

sich durch ihren auffallenden Glanz aus. Manche erschienen dem Auge als Bläschen, waren aber derb anzufühlen und durch einfachen Druck nicht zum Bersten zu bringen. Sie safsen anf der Stirn, den Schläfen, den oberen Wangengegenden und auf dem Nasenrücken.

Einer histologischen Untersuchung hat WAGNER seinen Fall nicht unterzogen; er glaubt aber die Erkrankung in die Talgdrüsen verlegen zu sollen, indem er die kolloide Entartung des Talgdrüseninhalts der bei dem gewöhnlichen Milium vorhandenen hornigen und fettigen Umwandlung der Zellen gegenüberstellt. Dieser Auffassung ist bereits oben entgegengetreten worden. Es soll hier noch hervorgehoben werden, dafs die Massen, welche WAGNER durch Anstechen und Ausdrücken einiger Knötchen erhielt, dem Aussehen und der Reaktion nach kolloid waren.

Hieran schliefsen sich die zwei Fälle von BESNIER und FEULARD an, welche von BALZER histologisch untersucht wurden. Das durchsichtige und bläschenähnliche Aussehen besafsen auch hier die Knötchen, und ihre topographische Verteilung deckte sich vollkommen mit dem Falle von WAGNER. Aus der anatomischen Untersuchung wurde aber der Schlufs gezogen, dafs die kolloide Entartung nicht die Talgdrüsen, sondern das Bindegewebe befallen hätte, und belegte daher BESNIER die Affektion mit dem Namen „Dégénérescence colloïde du Derme", unter Verwerfung des Begriffes „Kolloidmilium". Da BALZER sowohl den Fall von BESNIER als denjenigen von FEULARD untersucht und sie für identisch erklärt hat, so können beide Beschreibungen zusammen besprochen werden.

Die Epidermis und ihre Anhänge in der Kutis wurden normal befunden, die kolloide Degeneration beschränkte sich lediglich auf das Bindegewebe und die Gefäfse. Auf letztere legte BALZER in der Darstellung des ersten Falles ein gröfseres Gewicht, als in derjenigen des zweiten. Während es dort (pag. 471) heifst: „an vielen Punkten sieht die Tunica externa der Gefäfse wie ein hyalines, glänzendes, dickes Band aus, das Endothelium scheint aber gesund zu sein" — und weiter unten: „Die kolloide Degeneration scheint ihren Ausgang von den Gefäfsen genommen zu haben" —, so fühlt sich BALZER in dem zweiten Falle (pag. 345) zu dem Geständnis gedrängt, dafs „die Pathogenie dieser Degeneration (oder wie er selbst für besser hält: Infiltration) schwer zu verstehen sei und dafs sie in jedem Falle nicht einzig und allein durch Gefäfsstörungen erklärt werden kann. Sind doch wirklich die wichtigen Gefäfse durchgängig und hat doch die Läsion ihren Hauptsitz im ganzen an den gefäfsärmsten Stellen der Haut, d. h. in den Zwischenräumen zwischen den Haarfollikeln."

Die kolloide Degeneration des Bindegewebes in ihren Phasen ist nicht genauer angegeben: „während der Beginn derselben sich durch ver-

schiedene Färbbarkeit in Pikrokarmin dokumentieren soll, tritt das Ende des Prozesses in Form von kolloiden Haufen (blocs) auf." Wenn die Bindegewebsbündel entarteten, so hätten wir doch das Kolloid auch in Form von längeren Streifen zu erwarten. Statt dessen spricht Balzer allein nur von dem unregelmäfsig rundlichen Querschnitt der kolloiden Bündel, um welche man ihre amorphe Scheide und die normalen platten Zellen sieht (Fall I, pag. 469: autour de la coupe irrégulièrement arrondie des faisceaux colloïdes, on voit leur gaîne amorphe et les cellules plates normales). Noch unverständlicher klingt die Beschreibung des kolloiden Bindegewebes in Zupfpräparaten. „Um einige der kolloiden Massen gibt es eine amorphe, sehr zarte Umhüllung, derjenigen ähnlich, welche sich um die normalen Bindegewebsbündel findet. Aufserdem sieht man an der Oberfläche dieser Hülle und um die kolloiden Massen intakte Bindegewebszellen, deren Kerne lebhaft karminrot gefärbt sind und von denen einige noch eine bestimmte Menge Protoplasma mit Fortsätzen bewahrt haben." (Fall I, pag. 468 . . . une enveloppe amorphe, très fine, semblable à celle qui existe autour des faisceaux conjonctifs normaux. De plus, à la surface de cette enveloppe et autour des masses colloïdes, on voit les cellules conjonctives intactes; leur noyau est franchement coloré en rouge par le carmin; quelques-unes conservent encore une certaine quantité de protoplasme avec des prolongements.)

Ist die „Pathogenie dieser Degeneration schwer zu verstehen", wenn der Ausgang derselben in die Gefäfse verlegt wird, da letztere nicht verschlossen sind, so ist sie auch nicht weniger leicht zu verstehen, wenn man sie in das Bindegewebe verlegt. Warum sollte man dann stets nur Querschnitte und nicht auch Längsschnitte kolloider Bindegewebsbündel erhalten? Wie sollte die mit kernhaltigen Zellen versehene Hülle des kolloiden Bindegewebes zu erklären sein? Man hätte dann doch nur eine an zwei Seiten offene Scheide zu erwarten. Derartige Bedenken müssen auch bereits Balzer aufgestiegen sein, denn bei dem zweiten Falle zieht er es vor, statt Degeneration Infiltration zu sagen. Unter der Annahme, dafs hier fremde zellige Elemente zwischen den Bindegewebsbündeln eingelagert und degeneriert sind und auf diese Weise rundliche, von noch nicht degenerierten Zellen umgebene Kolloidmassen gebildet haben, unter dieser Annahme ist der sonst so „bizarr" (pag. 342 l. c.) erscheinende Prozefs der „kolloiden Degeneration der Cutis" verständlich und stellt sich den früher besprochenen und unseren Fällen an die Seite. Und da auch klinisch Balzers Fälle, sowie das Kolloidmilium von Wagner ein und dieselbe Erkrankung vorstellen, so wird jene Annahme nur noch mehr gestützt. Diese Fälle stellen nur höhere Entwickelungsgrade unseres Falles dar, so dafs im histologischen Bilde die kolloide Entartung als das Wesentlichste imponieren konnte. Aber trotz-

dem ist der eigentliche Ausgangspunkt der Erkrankung Balzer nicht entgangen, denn die zu vermutenden, sich in Kolloid umwandelnden Zellen finden wir in dem Falle II pag. 344 folgendermafsen beschrieben: „Die Degeneration befällt nicht allein die Bindegewebsbündel, sondern auch bestimmte Zellenhaufen, welche hier und da in der Nachbarschaft der groben, miliumartigen Klumpen zerstreut liegen. Jedoch ist das kolloide Aussehen dieser Zellen weniger deutlich ausgesprochen als dasjenige der Bindegewebsbündel". (La dégénérescence n'atteint pas seulement les faisceaux conjonctifs, mais aussi certains amas cellulaires disséminés çà et là dans le voisinage des gros blocs de milium. Toutefois l'aspect colloïde de ces cellules est moins franchement accusé que celui des faisceaux conjonctifs.) —

Schliefslich sind noch drei Fälle von kolloider Degeneration der Haut von Liveing beobachtet worden (*British Med. Journal* 1886 March pag. 586), und zwar wurde die Diagnose nur aus dem klinischen Aussehen gestellt, die histologische Untersuchung unterblieb. Der eine Fall betraf eine junge Frau, der zweite einen jungen Mann, bei welchem die Affektion im Gesicht safs und nach einem Jahre allmälig verschwand; der dritte Fall betraf ein Mädchen von 16 Jahren. Hier safsen die Knötchen nicht allein im Gesicht, sondern auch im Nacken und auf den Oberarmen. Die meisten dieser Knötchen gingen eine von anderen Autoren noch nicht beschriebene Metamorphose ein, doch gab es noch ein oder zwei sehr vollkommen entwickelte Exemplare im Nacken. Die von Liveing im übrigen gegebene Beschreibung deckt sich mit den früheren sehr gut: die Knötchen sind von Stecknadelkopf- bis Splittererbsengröfse, etwas erhaben, gelblich, durchscheinend, als ob sie Flüssigkeit enthielten, von fester oder halbfester Konsistenz. Die Umwandlung, welche sie eingehen, besteht in der Bildung einer centralen Depression, welche sich immer mehr vergröfsert. Zuletzt entzünden sie sich und verschwinden mit Hinterlassung einer Andeutung von einer Narbe.

Das Charakteristikum der Knötchen war also auch hier zu beobachten: „durchscheinend, als ob sie Flüssigkeit enthielten." Die Involution der Knötchen ist bisher nur in diesem einen Falle beobachtet worden, es bleibt daher noch künftighin zu entscheiden, ob dieselbe zu dem regelmäfsigen Ablauf der Affektion gehört, oder ob sie eine Komplikation darstellt.

An die von Wagner, Besnier, Feulard-Balzer, Liveing beschriebenen Fälle schliefst sich unser erster Fall vollkommen an, und ist auch unser zweiter Fall wegen der an den Augenlidern vorkommenden Knötchen hierher zu rechnen. Klinisch sind sie alle charakterisiert durch die Gröfse, das Aussehen, den Sitz der Knötchen, und histologisch stimmen die von Balzer und von mir untersuchten Fälle ebenfalls über-

ein. Die Unterschiede, welche klinisch zwischen den nur im Gesicht und den nur am Rumpfe vorkommenden Knötchen existieren, sind keine durchgreifenden, denn in dem einen Falle von Livеing kamen Knötchen aufser im Gesicht auch im Nacken und auf dem Oberarm vor und in einem unserer Fälle beherrschten gerade die histologisch mit den im Gesicht zu findenden identischen Knötchen auf dem Rumpfe das Krankheitsbild durch ihre grofse Anzahl. Diejenigen Fälle, wo die anatomisch mit den obigen gleich gebauten Knötchen nur auf den Rumpf beschränkt sind, müssen daher auch der von Wagner zuerst in die Dermatologie eingeführten Krankheitsform eingereiht werden.

Demnach liegen in der Litteratur bereits 12 Fälle von Kolloidmilium vor, von denen acht histologisch untersucht worden sind.

In betreff des Namens Kolloidmilium und der Bedeutung, welche ich dem Begriff Milium, im Gegensatz zur Retentionscyste der Talgdrüse resp. des Talgdrüsenausführungsganges (Talgcyste, Sebumcyste) zuschreiben möchte, verweise ich noch einmal auf die im Anfang dieser Untersuchung gegebenen ausführlicheren Erklärungen.

Dies vorausgeschickt, läfst sich das Kolloidmilium etwa folgendermafsen definieren:

Das Kolloidmilium.

Die Knötchen haben die Gröfse eines Stecknadelkopfes oder eines Hirsekornes oder einer Erbse; sie haben die Farbe der umgebenden Haut oder sind dunkler, braunrot, gelblich. Im Gesicht zeigen sie meistens ein durchscheinendes Aussehen, welches, wenn stärker ausgeprägt, sie als Bläschen erscheinen läfst. Sie sind derb anzufühlen und liegen in der Cutis.

Im Gesicht sitzen sie auf der oberen Wangengegend, der Schläfe, der Stirn, am unteren Augenlide. Am Rumpfe nehmen sie die vordere Brustwand von dem Schlüsselbein bis zum Rippenbogen ein. Auch im Nacken und auf dem Oberarm wurden Knötchen gefunden.

Die Kolloidmilien werden bei allen Altersklassen beobachtet; sie machen keine subjektiven Beschwerden und entgehen daher leicht der Beobachtung.

Anatomisch sind sie als gutartige Epitheliome, verbunden mit kolloider Degeneration, zu bezeichnen, und entwickeln sich aus embryonalen Epithelkeimen in der Cutis.

Diagnose ist zu stellen nach dem durchscheinenden oder dem bläschenartigen Aussehen, welches sie von den gewöhnlichen Milien mit ihrer opaken, weifslichen oder gelblichen Färbung unterscheidet. Anderseits scheint auch die Lokalisation an der oberen Gesichtshälfte und auf der

vorderen Brustwand (nach Dariers Ausdruck in Form eines halben Kürass) charakteristisch zu sein. Im übrigen ist allein die histologische Untersuchung maſsgebend.

Über Urticaria im Säuglings- und Kindesalter.

Von

Dr. T. Colcott Fox,

Oberarzt am Victoria Kinderhospital und Leiter der dermatologischen Abteilung am Westminster Hospital in London.

(Schluſs.)

Auf ähnliche Weise kann der Ausschlag auf Masern und andere fieberhafte Affektionen folgen, wofür ich genügende Beispiele anführen könnte. Abgesehen von der allgemein verbreiteten Neigung der Mütter, alle Schäden auf den Einfluſs der Impfung zurückzuführen, kann man doch keinen Zweifel hegen, daſs thatsächlich in vielen Fällen der Ausschlag unmittelbar an die Impfung sich anschlieſst. Die folgenden Fälle füge ich als Beispiele der

Varicella im Gefolge von Urticaria pustulosa.

Elisabeth M., 2 Jahre alt, gelangte in meine Behandlung wegen chronischer Urticaria papulosa et pustulosa am 13. September. Am 11. Oktober konstatierte ich, daſs die Pustelbildung aufgehört hatte, und daſs die Quaddeln nur zur Entwickelung von Papeln führten. Am 8. November waren nur wenige und kleine Quaddeln übrig geblieben, und am 15. November kamen Windpocken zum Vorschein, ohne jedoch den Verlauf oder den Charakter der Urticaria zu beeinflussen.

Dieser Fall ist an sich schon ein genügender Beweis dafür, daſs das pustulöse Stadium nicht immer durch Varicellen bedingt ist.

Unter meinen aufgezeichneten Fällen finde ich die Urticaria als Komplikation der genannten Affektionen in der nachstehenden Häufigkeit.

Auf Kuhpockenimpfung: Zweimal „unmittelbar nachher," bei fünf Fällen „stets seitdem", einmal war es acht Tage nachher, ebenfalls einmal zwei bis drei Tage später, einmal auch nachdem die Impfplättchen abzufallen anfingen, dreimal nach Verlauf von 14 Tagen post vaccinationem, und sechsmal zwischen drei und sechs Wochen später.

Nach Masern: Unmittelbar nachher einmal, 8 Tage nachher einmal, 8 bis 14 Tage nachher und 5 Wochen nachher je einmal.

Nach Varicella: Unmittelbar hinterher einmal in einem ganz unzweifelhaften, von mir selbst beobchteten Falle, und zweimal wahrscheinlich bei zwei anderen Kranken, bei denen ich aber den Anfall selbst nicht gesehen habe; aufserdem darf nicht unerwähnt bleiben, dafs die Mütter nicht selten von dem Beginn der Krankheit angeben, dafs derselbe varicellenartige, mit Flüssigkeit gefüllte Knötchen dargeboten habe, indessen darf bei der sehr erheblichen Ungenauigkeit ihrer Beschreibungen, und in anbetracht dessen, dafs sie Quaddeln sehr oft als „Wasserblasen" bezeichnen, ihren Mitteilungen nur geringer Wert beigelegt werden.

Nach Scharlach: Einmal unmittelbar hinterher, einmal einen Monat nachher.

Ich mufs wohl erwähnen, dafs ich es mir zur Gewohnheit gemacht habe, nach diesen Vorkrankheiten genaue Nachfrage anzustellen. Ich will jetzt einige Fälle aus meiner Praxis anführen als Beispiele der bei dieser Urticaria vorkommenden Kombinationen. Es wäre mir nicht schwer, dieselben unbegrenzt zu vervielfachen, doch denke ich, dafs die folgenden ausgewählten Beispiele hinreichen werden, um meine Behauptung zu beweisen, dafs die Papeln, Bläschen, Pusteln und Blasen, welche als Komplikation dieser Urticaria auftreten, und an der Lokalität der Quaddeln zurückbleiben, einfache Stadien der Entzündung darstellen, und als solche zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Stellen mit einander abwechseln können, genau so wie bei einem Ekzem. Die Bläschen- und Pustelausschläge sind eben nichts anderes als etwas intensivere Entzündungsphasen des sogenannten Lichen urticatus.

Urticaria pustulosa mit Übergang in U. papulosa und später in U. vesiculosa.

Ethel H., war mit 6 Wochen geimpft worden, wobei der Arm gut abheilte. Mit 10 Mon. entwickelte sich ein pustulöser Ausschlag, welcher als Variola diagnostiziert wurde. Mit 2½ Jahren wurde sie mir mit typischer Urticaria papulosa vorgestellt und blieb den ganzen Sommer über in Behandlung. Im Sommer 1887 mit 4 Jahr 2 Mon. kam sie wieder zu mir mit Urticaria vesiculosa, welche an eine spärlich verstreute, abortive Varicella erinnerte. Hat niemals Varicellen acquiriert. Trägt nie Flanell. Der Ausschlag tritt hervor, sobald sie im Bette warm wird. Die andern Kinder sind nicht afficiert.

Urticaria papulosa, vesiculosa et pustulosa mit Übergang in U. papulosa.

James L., 5 Monate alt, wurde mit 3 Monaten vacciniert. Haut war nachher völlig rein. Hatte niemals Varicellen. Quaddeln, Papeln und Pusteln in geringer Zahl auf dem Kopf, zahlreicher im Gesicht und reichlich über die Vorderfläche des Rumpfes verteilt; der Rücken weniger dicht besetzt, die Extremitäten sehr reichlich doch mit Übergehung der Gelenkbeugen befallen. Wunderschöne, klare Bläschen fanden sich auf den Handtellern und Fufssohlen, aber keine Gänge.

Mehrere der Pusteln sind nicht von einem einfachen entzündlichen Hofe umgeben, sondern von einer grofsen roten Quaddel. Intensiver Juckreiz. Kein weiteres Familienmitglied befallen. Trägt kein Flanellunterzeug. Mit 11 Monaten war der Ausschlag eine typische Urticaria papulosa. Derselbe sistierte während des Decembers, aber im nächsten Frühjahr wurde mir das Kind wiedergebracht, diesmal mit einer U. papulosa an den Beinen, den Schultern und dem Kopfe, sowie mit zwei Bläschen auf der rechten Fufssohle. Er blieb unter meiner Behandlung wegen U. papulosa, bis er 2 Jahr 2 Monate alt war.

Übergang von Urticaria vesiculosa in U. papulosa, dann in U. pustulosa und schliefslich wieder in U. papulosa.

John S. wurde geimpft, als er 1 Monat alt war; die Haut war nachher wieder ganz rein. Mit 3 Monaten stellte sich ein Ausschlag ein, der von Anfang an vesikulär war und auch so geblieben ist bis zur Aufnahme (2 Jahre). Dann folgte typische Urticaria papulosa, die über den ganzen Körper verstreut war und sogar auch das Gesicht in geringem Grade mit ergriffen hatte. Gelenkbeugen, Handteller, Fufssohlen intakt. Rasche Besserung, aber bei Ausbruch von Rachitis entstand im Sommer eine mäfsig lange anhaltende U. pustulosa mit Lymphdrüsenschwellungen in der Leiste. Im folgenden Decembermonat (Alter 2½ Jahr) wurde U. papulosa mit sekundären, durch Kratzen verursachten Pusteln konstatiert.

Übergang von Urticaria papulosa in U. pustulosa, darauf wiederum Übergang in U. papulosa.

Fred. V., 7 Monat alt, vor 4 Monaten geimpft, hatte seit dieser Zeit immer mit gewissen Unterbrechungen juckende, weifse Quaddeln gehabt. Kein anderes Familienmitglied in ähnlicher Weise krank. Mit 9 Monaten stellte sich eine mit U. papulosa vermischte U. pustulosa ein, und 4 Wochen später stellte sich der Fall als eine typische U. papulosa dar mit roten Flatschen über dem ganzen Körper, sogar auf der Kopfhaut und im Gesicht. Mit 13 Monaten war der Prozefs noch in vollem Gange, und es wurden grofse, lineäre Quaddeln, die durch Kratzen während des Anziehens entstanden, konstatiert.

Diese Entwickelung von U. pustulosa aus U. papulosa während der Sommer- und Herbstmonate ist durchaus nicht ein seltenes Vorkommnis

Akute Urticaria papulosa als Beispiel der verschiedenen Formen von Papeln, dabei Übergang in U. pustulosa und schliefslich wieder in U. papulosa.

Emma P., 11 Mon. alt, zeigte nach einem Bade einen roten Reizausschlag am ganzen Körper. Als sie mir am nächsten Morgen gezeigt wurde, fand ich den ganzen Rumpf mit einem Ausschlag bedeckt, Hals und Wangen nur wenig beteiligt, ebenso Nates und Extremitäten. Die Stellen waren meist von klein Stecknadelkopfgröfse. Auf der einen Schulter sah man einige Urticariaquaddeln. An den Beinen sahen die Papeln wie Lichen planus aus, glatt, abgeplattet, ziemlich blau rötlich und eckig; an den Armen waren sie mehr wie Prurigopapeln, teils auch fleischfarben und abgerundet; auf dem Rumpf wiederum sahen einige wenige wie Ekzempapeln aus. Drei Monate später wurde das Kind mit Urticaria pustulosa vorgestellt, welche späterhin in U. papulosa mit Quaddeln, die Papeln hinterliefsen, überging.

Übergang von Urticaria pustulosa in U. papulosa, alsdann in U. vesiculosa und schliefslich in U. papulosa.

Percy P. wurde mit 4 Monaten geimpft, zeigte nachher keinen Hautausschlag. Hatte niemals Varicelllen. Wurde mir mit 6 Monaten wegen einer als Scabies diagnostizierten Urticaria papulosa et pustulosa vorgestellt. Indurierte Leistendrüsen. Erst zwei Monate später entwickelten sich Quaddeln und Papeln. Im Winter waren nur wenige Stellen zu sehen und zwar nur an Armen und Oberschenkeln. Im folgenden Frühjahr hatte sich die U. papulosa verschlimmert; im Oktober sah dieselbe wie eine spärliche Varicella am Kopf und Gesicht aus. Verblieb unter meiner Behandlung bis zum fünften Lebensjahr; erst dann heilte die Affektion allmählich aus.

Diese Ähnlichkeit mit abortiver Varicella ist häufig zu beobachten.

Übergang einer sechs Jahre alten Urticaria papulosa in U. pustulosa.

Harry C., gerade 6 Jahre alt, wurde mir mit der Diagnose Scabies zur Behandlung zugeschickt. Hat niemals Varicellen gehabt. Wurde im dritten Lebensmonat geimpft, worauf sich 3 bis 4 Wochen später ein allgemeiner Ausschlag einstellte, der nach der Beschreibung der Mutter intensives Jucken verursachte und aus „weifsen erhabenen Beulen, die ringsum rot waren und wie nach Stechen mit Nesseln aufschossen", bestand. Ab und zu ist der Ausschlag seither immer vorhanden gewesen. Im fünften Lebensjahre war der Ausschlag zum erstenmale pustulös, dann wieder im sechsten, aber nach einer Behandlung von einigen Wochen Dauer mit einer Blei- und Teerwasserlösung als lokaler Applikation und interner Darreichung von Opium verschwand der Ausschlag vollständig und ist seitdem nicht wieder zum Vorschein gekommen. Der Knabe war in vielen Hospitälern schon in Behandlung gewesen. Von den neun andern Kindern dieser Familie war kein weiteres in dieser Weise afficiert gewesen.

Urticaria papulosa mit langjährigem Bestand als U. pustulosa und allmählichem Verschwinden als eine U. papulosa im Alter von $5^1/_2$ Jahren.

Charles J., ein Jahr vier Monate alt, an hereditärer Syphilis und Rachitis leidend; hatte niemals Varicellen; Vaccination bis zum vollendeten ersten Lebensjahr hinausgeschoben; vor zwei Monaten Scharlach. Wurde im November mit einem sehr reichlich entwickelten, als Miliaria diagnostizierten, universellen, miliar-papulösen Ausschlag aufgenommen. Handteller und Fufssohlen ebenfalls beteiligt. Die Farbe der Knötchen teils diejenige der normalen Haut, teils rosa oder röter; viele derselben wie bei Lichen planus abgeplattet. Dauer acht Tage. Ein neuer Ausbruch von varicelliformen Bläschen und Pusteln ereignete sich acht Tage später an den Extremitäten, wobei aber an Rumpf und Gesicht der papulöse Typus bestehen blieb. Gelenkbeugen intakt. Der Ausschlag hatte ursprünglich im ersten Lebensmonat nach einem Nackenabscefs angefangen, und das Kind verblieb in meiner Behandlung, bis die Affektion beinahe verschwand, als er schon über 5 Jahre alt war. Dieselbe war an den Beinen längere Zeit hindurch pustulös, nahm erst allmählich an Intensität ab und wurde papulös. Obgleich anfangs die Extremitäten am stärksten befallen waren, so lokalisierte sich das Leiden auf dem Rumpfe. Zahlreiche Urticariaquaddeln kamen fortwährend zum Vorschein, und es konnte ihr Zusammenhang mit den Papeln, Bläschen und Pusteln wiederholt demonstriert werden. Dieser Fall war einer der hochgradigsten, die mir je begegnet sind.

Urticaria papulosa, vesiculosa, pustulosa, bullosa.

Harry C., 1 Jahr alt, wurde mit 3 Monaten geimpft und entwickelte 14 Tage darauf einen Ausschlag. Hat niemals Varicellen acquiriert. Haut mit einem dichten, vesiko-pustulösen Ausschlag, sowie mit papulösen Bläschen und miliaren Papeln bedeckt. Auf dem linken Handteller findet sich eine Blase von Halberbsengröfse mit klarem Inhalt. Gesicht und Kopfhaut sind ebenfalls beteiligt, die Flexuren sind aber frei geblieben. Der Ausschlag tritt abends, bevor das Kind ins Bett gelegt wird, hervor, und verschlimmert sich erheblich durch das Bettliegen, doch scheint ein warmes Bad denselben nicht zu beinflussen. Der Fall ging schliefslich in U. papulosa über, und Quaddeln kamen fortwährend zum Vorschein.

Derartige Bullae kann man manchmal bei gewöhnlicher U. papulosa an Händen und Füfsen beobachten.

Betreffs des Charakters des Ausschlags habe ich konstatiert, dafs von 209 Fällen 163 während des ganzen Verlaufs die Merkmale der U. papulosa beibehielten; 8 waren papulös und vesikulös; 21 waren papulös und pustulös; 3 papulös und bullös; 6 papulös, vesikulös und pustulös; 3 waren papulös, vesikulös und bullös; und 10 waren pustulös.

Das Leiden scheint beide Geschlechter in gleicher Häufigkeit zu befallen, denn unter 216 Fällen betrafen 103 männliche und 113 weibliche Kranke.

Die Jahreszeit hat einen deutlichen Einfluſs auf die Entstehung und die Intensität des Leidens, denn, obgleich dasselbe zu jeder beliebigen Zeit des Jahres enstehen kann, so stellte es sich heraus, dafs von 49 Fällen, bei denen mit Sicherheit festgestellt werden konnte, in welchem Monate es angefangen hatte, nur 7 auf die Monate Oktober bis Februar inklusive entfielen. Man darf nun wohl ferner annehmen, dafs die Mütter ihre Kinder gerade dann dem Arzte zuführen, wenn der Ausschlag besonders lästig zu werden anfängt; ich füge deshalb hier an, dafs von den 213 Fällen im Januar 8, im Februar 14, im März 11, im April 15, im Mai 25, im Juni 25, im Juli 33, im August 22, im September 29, im Oktober 21, im November 13 und im Dezember 7 vorgestellt wurden. Überdies ist es eine allgemein festgestellte Beobachtung, dafs auch bei chronischen Fällen der Ausschlag in den Wintermonaten fast vollständig verschwindet, um im Frühjahr und Sommer wieder hervorzubrechen, und dafs derselbe bei heifser Witterung weit intensiver auftritt. Ferner lehrt uns die Erfahrung, dafs obgleich der Ausschlag während des Tages namentlich bei Erhitzung oder durch Baden hervorgerufen werden kann, derselbe doch ebenso wie die Urticaria der Erwachsenen die Neigung hat, erst gegen Abend und besonders in einem heifsen Zimmer, ehe das Kind entkleidet wird, oder beim Ausziehen oder beim Baden und hauptsächlich nach dem Zubettegehen zum Vorschein zu kommen. Derselbe wird nicht nur durch die Bettwärme und durch Kratzen verursacht, wie auch zweifelsohne durch Insektenstiche, sondern die Vasomotoren besitzen eine so hoch-

gradig empfindliche Reizbarkeit, dafs selbst die physiologische abendliche Steigerung der Körpertemperatur, namentlich, wenn dieselbe noch durch vorhandene Bronchitis, Rachitis, gastro-intestinale Störungen, Diarrhöe etc. gesteigert wird, hinreicht, um einen nachweisbaren Einfluſs bei der Entwickelung von Quaddeln auszuüben. Die Berührung mit Flanell hat zweifelsohne einen gewissen Effekt auf eine empfindliche Haut, doch darf man diesem Umstand nicht zuviel Gewicht beimessen, denn viele der kleinen Patienten hatten gar nicht Flanell getragen, oder auch sie litten schon an dem Übel, noch bevor sie damit bekleidet wurden.

Der Einfluſs der Zahnung ferner ist auch nicht klar erwiesen. Es war mir nicht möglich, irgend einen bestimmten Zusammenhang damit, sei es als Veranlassung oder als Verschlimmerung der Affektion, nachzuweisen.

Das Leiden kann in jedem Lebensalter zwischen wenigen Tagen nach der Geburt bis zum achten Lebensjahr, meinen Aufzeichnungen nach, auftreten. Bei 6 Fällen wurde dasselbe bei der Geburt oder erst wenige Tage nachher konstatiert, bei 57 im ersten Lebensjahre, bei 30 im zweiten, bei 11 im dritten, bei 5 im vierten, bei 8 im fünften und bei je einem im sechsten, siebenten und achten Lebensjahre.

Von den andern Fällen, bei denen ein hinreichend zuverlässiger Nachweis der Anfangszeit nicht geliefert werden konnte oder jedenfalls nicht geliefert wurde, waren 45 bei oder vor Vollendung des ersten Lebensjahres in meine Beobachtung gekommen, 25 im zweiten Jahr, 7 im dritten Jahr, 5 mit 3 Jahren oder etwas später, 7 mit 4 Jahren, 9 mit 5 Jahren, 2 mit 5½ Jahren, 2 mit 6 Jahren, und je 1 mit 7 und 8 Jahren. Natürlich waren viele der jüngsten Kinder noch nicht geimpft worden. Mit Bezug auf die mit Bläschen, Pusteln und Blasen einhergehenden Fälle möchte ich hervorheben, dafs unter 45 derselben 18 zuerst während der ersten 6 Lebensmonate erkrankten, 14 in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, 5 im zweiten Jahr und 8 noch später; es steht in auffälligem Kontrast hierzu, dafs Varicellen, obzwar man sie gelegentlich auch im ersten Lebensjahr beobachten kann, am häufigsten zwischen dem zweiten und sechsten Jahr vorkommen.

Der Anfang sowie die Recidive treten sowohl akut als auch allmählich ein, und die Dauer schwankt zwischen wenigen Tagen und Wochen, Monaten und Jahren. Jedenfalls hat das Leiden die Neigung, chronisch zu werden, aber alle die chronischen Fälle, welche ich wenigstens bis zum Ende verfolgen konnte (und es sind deren eine grofse Anzahl), sind allmählich vergangen, gerade wie die Urticaria pigmentosa. Später als im achten Jahr ist mir das Leiden niemals begegnet, und es ist sogar schon im fünften oder sechsten selten, aber um diese Zeit tritt die gewöhnliche Urticaria an dessen Stelle. Ändert sich vielleicht der

Typus? Das heifst, werden etwa die Quaddeln seltener, das papulöse Element schärfer ausgebildet und mehr in die Augen fallend, und die Papeln dabei gröfser? Mit einem Wort, geht es in die Hebrasche Prurigo oder in das von Hutchinson bei dem Penmanschen Falle beschriebene Krankheitsstadium über? Ist es andererseits vielleicht auch ein Frühstadium der Prurigo, das in Wien gewöhnlich, in Amerika und England selten sich zu einer richtigen Prurigo ausbildet? Ich kann weiter nichts darüber sagen, als dafs ich zahlreiche Fälle viele Jahre lang in Behandlung gehabt und deren weiteren Verlauf genau kontrolliert habe, ohne jemals einen derartigen Übergang haben wahrnehmen zu können, und dafs meiner Erfahrung nach auch bei ganz inveterierten Fällen kein solcher Wechsel des Typus sich vollzieht, dafs ein derartiger Übergang möglich erscheinen könnte. Echte Prurigo ist eine hier zu Lande seltene Affektion, dabei aber keine Krankheit, die leicht zu verkennen wäre. Überdies kommt dieselbe, wie Riehl sagt, schon in einem sehr frühen Lebensstadium vor. Auf der andern Seite kann man auch bei Fällen von echter Prurigo an Kindern einige Quaddeln auftreten sehen, und das Leiden ist in England wenigstens jedenfalls weniger selten bei Kindern als bei Erwachsenen. Möglich ist es also, dafs in einigen seltenen Fällen echte Prurigo sich aus Urticaria entwickelt, doch bedarf diese Behauptung zu ihrer Bestätigung noch einer länger fortgesetzen, systematisch durchgeführten Reihe von Beobachtungen. Hebra, der von der Prurigo sagt, sie beginne im Kindesalter unter Entwicklung von Quaddeln, macht einen Unterschied zwischen ihr und der Urticaria papulosa, und bei sorgfältigem Durchlesen von Riehls Abhandlung finde ich, dafs er auch einen Unterschied anerkennt. Er sagt, bei Prurigo stellen die Quaddeln anfangs die einzige pathologisch anatomische Veränderung dar, dafs aber der Typus gegen das Ende des ersten Jahres sich zu ändern beginnt, und dafs in der Regel mit dem dritten oder vierten Lebensjahr der pruriginöse Charakter deutlich hervortritt.

Die in Rede stehende Affektion kann man definieren als eine abnorme Reizbarkeit der Haut oder eine Gleichgewichtsstörung der vasomotorischen Nerven, mag dieselbe angeboren oder acquiriert sein, und die dazu führt, dafs äufsere Reize, z. B. Kratzen, Reiben, Insektenstiche oder vermehrter Blutandrang in die Haut infolge von Baden, Bettwärme, körperlichen Anstrengungen und geistiger Erregung, sowie auch innere Reizmittel (letztere meistens gastro-intestinaler Art und in der Regel weniger wirkungsvoll) die Wirkung haben, dafs sich darauf ein polymorpher, disseminierter, juckender Ausschlag entwickelt. Letzterer nimmt die Form von Quaddeln meistenteils von der Gröfse einer halben Erbse bis zu der des Daumennagels an, ist oftmals konfluent und variiert der Farbe nach zwischen einem roten hyperämischen Fleck und einem roten oder weifsen,

oder einem rot und weifsen, festen prominenten Knötchen; bei ihrem Verschwinden hinterlassen die Quaddeln Papeln oder seltener Bläschen oder Pusteln, oder auch, wenn sie gekratzt wurden, blutbedeckte Exkoriationen und erythematöse Pusteln. Die Affektion verschlimmert sich, sobald das Blut mit ungehinderter Freiheit durch die Haut zirkuliert; deshalb wird sie gegen Abend intensiver zur Zeit, da die Kraft des Nervensystems erschöpft ist, und während der Nacht und im Sommer, wogegen sie im Winter oft wieder verschwindet, um im folgenden Frühjahr zu recidivieren und überhaupt meistenteils die Neigung dokumentiert, mit Abwechselungen Monate und Jahre lang anzuhalten, bis sie schliefslich, wenigstens mit einigen seltenen Ausnahmen, etwa im fünften, sechsten, siebenten oder achten Lebensjahre erlischt. In der Regel ist nur ein einziges Kind von allen Mitgliedern der Familie befallen. Bubonen kommen nur ausnahmsweise vor, wenn sich nicht an den Extremitäten Pusteln entwickeln, und ein artificielles Ekzem wird nicht hervorgerufen. Bei schweren, chronischen Fällen sieht man oft über die ganze Haut verstreute Pigmentierungen und auch manchmal Narben. Der Ausschlag ist bald circumscript, bald universell. Das eine Mal sieht man nur das Abdomen oder die Schultern, die Extremitäten, namentlich deren Streckseiten oder irgend ein anderes beschränktes Gebiet befallen werden, das andere Mal ist die ganze Haut affiziert. Häufig sieht man den Ausschlag auch auf dem Gesicht, besonders an der Kiefergegend, auf der Kopfhaut und auf den Handtellern und Fufssohlen. In dieser Beziehung unterscheidet er sich von Prurigo, zeigt aber insofern mit ihr eine Übereinstimmung, als er ebenso wie Ichthyosis und Psoriasis die grofsen Gelenkbeugen der Extremitäten verschont.

Diagnose: Der echten Prurigo habe ich bereits Erwähnung gethan, und ich will nur hinzufügen, dafs im Säuglings- und frühsten Kindesalter eine Unterscheidung höchst schwierig, wenn nicht geradezu unmöglich sein wird. Eine spärliche Anzahl von Quaddeln, das Vorhandensein von Bubonen, ein allmählicher Wechsel im Charakter des Ausschlags, eine erhebliche Beteiligung der unteren Extremitäten und der besondere Charakter der Papeln werden auf Prurigo hinweisen.

Bei Urticaria variieren zwar die Papeln in bezug beides auf Gröfse und Aussehen, aber sie sind meistens klein und mehr oder weniger zugespitzt. Dennoch können sie grofse Ähnlichkeit mit Prurigopapeln aufweisen. Indem sie sich zurückbilden, werden sie flacher und ähneln dann sehr genau dem Lichen planus, um so mehr, wenn gerade keine Quaddeln vorhanden sind. Dabei wird man aber gewöhnlich imstande sein, alle Stadien der Papeln nachzuweisen.

Mit Scabies wird diese Urticaria in allen ihren Stadien, vor allen andern Affektionen fortwährend verwechselt. Das Fehlen von Ekzem

und von Gängen an den Händen und Füfsen, das Freibleiben der grofsen Gelenkbeugen, die lange Dauer des Leidens, der Umstand, dafs nur ein einziges Kind in der Familie befallen ist, die von der Mutter gegebene Schilderung von der Entwickelung des Ausschlags mit weifsen oder roten Beulen oder „Wasserblasen", die starke Zunahme des Ausschlags während der Nachtzeit und die unverhältnismäfsig grofse Anzahl der Quaddeln, die manchmal vorhanden sind, werden sofort verdachterregend sein. Eine gegen Scabies gerichtete spezifische Behandlung wird erfolglos ausfallen. Wenn Quaddeln vorhanden sind, so wird sich auch die centrale Papel nachweisen lassen.

Bei akuten Fällen mit Bläschenbildung kann man Verdacht auf abortive Varicellen hegen; doch wird man bei genauerer Würdigung des Falles aus dem Vorhandensein von Quaddeln, dem Alter der Patienten, dem Verschontbleiben der Geschwister auf die richtige Diagnose kommen.

Therapie: Zur Durchführung einer erfolgreichen Therapie ist es nötig, sich die beiden ursächlichen Momente, erstens die Empfindlichkeit der Haut, welche wie COULL sagt, allen Menschen in höherem oder niedrigerem Grade eigen ist, und welche man nur bei den extremen Fällen krankhaft zu nennen berechtigt ist, und zweitens die erregenden Einflüsse vor Augen zu halten. Gibt es irgend ein Medikament, welches die Fähigkeit besitzt, diese Empfindlichkeit zu vermindern? Meiner Erfahrung nach, nein. Ich habe systematische Versuche angestellt mit Sublimat (von CHEADLE warm empfohlen), Arsenik, Ichthyol, grofsen Dosen Chinin, den Mineralsäuren, Eisen, Jodkalium, Aconit, Chloral, grofsen Dosen Belladonna, und Bromkalium, ohne befriedigende Wirkungen zu erzielen. Opium erfordert allerdings grofse Vorsicht bei interner Verabreichung, doch glaube ich, leidlich gute Resultate mit diesem Mittel bei lange fortgesetzten, kleinen Gaben bei chronischen Fällen erhalten zu haben. Meine Behandlungsweise richtet sich also nach allgemeinen Prinzipien. Wenn das Kind durch Varicellen, Masern, Keuchhusten etc. geschwächt und herabgekommen ist, so suche ich es wieder zu stärken; wenn, wie ja so häufig, hereditäre Syphilis oder Rachitis vorhanden ist, so wird zunächst diese Affektion in Angriff genommen. Aufserdem ist es von grofser Wichtigkeit, den Kindern durch Chloral oder Bromkalium die nötige Nachtruhe zu verschaffen, weil sie sonst anämisch werden, und ihre Gesundheit im allgemeinen leidet.

Jede nur irgend mögliche Ursache externer Reizung sollte aufgesucht und entfernt werden, als da sind: irritierende Insekten, unzweckmäfsige Bekleidung, übermäfsige Erhitzung durch körperliche Anstrengung, überreichliches Bettzeug und dumpfe Zimmer. Ob Bäder gegeben werden sollen, mufs sich je nach den einzelnen Fällen richten. Manchmal ertragen die Kinder sie, und können auch von Seebädern, sowie von Bädern

mit medikamentösen Zusätzen Vorteil haben, während in anderen Fällen ein ganz leichtes Abwaschen mit einem Schwamm und lauwarmem Wasser und nachfolgendes vorsichtiges Abtrocknen das einzig Zulässige ist.

Für die pustulösen Fälle kenne ich nichts Besseres, als die verdünnte Quecksilberammoniaksalbe oder Paste. Salben mit Styrax oder Ammonium muriaticum (1,2) mit Ungt. leniens, oder Liq. carbonis detergens mit Zinksalbe oder Extr. belladonnae mit Kalomelsalbe zu gleichen Teilen oder auch Staphisagria sind sämtlich entschieden minderwertig.

Bei den rein papulösen Fällen sind Waschwasser am geeignetsten. Es sind schon Chloroform, Natroncarbonat, Karbolsäure, Benzoesäure, Sublimat, Seifentinktur, Oleum cadinum mit Wasser und eine Unmasse anderer Medikamente empfohlen worden, doch finde ich, dafs nichts so wirksam und so angenehm ist, wie eine Mischung von Liq. plumbi subacetatis (pt. I) mit Liq. carbonis detergentis (pt. V), davon ein Theelöffel voll auf einen halben Liter lauwarmen Wassers. Abwaschen mit schwacher Essig- und Spirituslösung ist zwar auch nützlich, doch gewährt keine dieser Lokalapplikationen mehr als vorübergehende Linderung. Man thut gut, sie so anhaltend wie möglich zu gebrauchen, was auch vom Einpudern der Haut gilt. Gee empfahl, die Haut zweimal täglich mit Kampherspiritus abzuwaschen und ein Einpudern mit pulverisiertem Kampher nachfolgen zu lassen.

Irgend eine besondere Form von Kachexie ist zwar der Urticaria nicht speziell eigentümlich, aber man findet bei den Kindern fast ausnahmslos gastro-intestinale Störungen der einen oder der anderen Art, und da bei Erwachsenen ein sehr enger Zusammenhang zwischen derartigen Affektionen und dem Ausbruch einer Urticaria besteht, so widme ich derartigen Störungen stets eine ganz besondere Aufmerksamkeit. Gewöhnlich treten die Magendarmaffektionen in Form von Reizzuständen auf, weswegen auch meine beliebteste Verordnung aus Bismuthcarbonat mit Magnesia carbonica besteht. Bei Vorhandensein von Obstipation füge ich oft auch etwas Bittersalz dazu. Wenn man aber auf diese Frage näher eingehen wollte, so müfste man das ganze komplizierte Gebiet der Magen- und Darmkrankheiten bei Kindern durchwandern. Mein Bestreben ist es also, kurz gesagt, sorgfältig jeder Störung des Allgemeinzustandes nachzuforschen oder Ernährungsfehler aufzusuchen und denselben durch klare und bestimmte Verhaltungsmafsregeln und geeignete Medikamente entgegenzuarbeiten.

Meine Thesen lauten demnach wie folgt:

a. In Anbetracht der grofsen Häufigkeit des Leidens in England, ferner des chronischen und sogar unbezwingbaren Verlaufs vieler Fälle und der diagnostischen Schwierigkeiten, denen der praktische Arzt begegnet, wenn er nicht auf die charakteristischen Eigentümlichkeiten des

Ausschlags besonders aufmerksam geworden ist, sowie in Anbetracht der über das Wesen und die klinische Verwandtschaft des Lichen urticatus Bateman herrschenden Meinungsverschiedenheiten ist die dem Leiden in den Lehrbüchern zuteil werdende Würdigung eine vollständig unzureichende.

b. Die Affektion ist nicht ein Zusammentreffen zweier von einander unabhängiger Krankheiten, d. h. der Urticaria einerseits und der entzündlichen Papeln anderseits, oder etwa eine mit sekundären Quaddeln komplizierte Prurigo, sondern sie ist mit Sicherheit eine Urticaria, und zwar κατ' ἐξοχήν die Urticaria des Säuglings- und frühen Kindesalters.

c. Das für diese Urticaria speziell charakteristische Merkmal besteht in der Entwickelung eines entzündlichen Gebildes in der Mitte der Quaddel und in dem Fortbestehen des ersteren, nachdem letztere vergangen ist.

d. Das entzündliche Gebilde ist gewöhnlich eine Papel, doch kommen Bläschen, Pusteln, Blasen ebenfalls vor, und man kann auch schon an einigen wenigen Fällen alle diese verschiedenen Phasen auftreten sehen.

e. Diese Urticaria geht oftmals dem Impfakte voran, wie sie ebenfalls auch demselben nachfolgen kann, und in seltenen Fällen schliefst sie sich an Varicellen, Masern oder Scharlach an, doch steht sie in keiner direkten Beziehung zu diesen Enkrankungen.

f. Batemans Lichen urticatus, Hutchinsons Varicella prurigo, die Prurigo infantilis anderer englischer Autoren und viele der auf die Impfung folgenden papulösen, vesikulösen, pustulösen Ausschläge sind als Phasen einer und derselben Krankheit, nämlich der Urticaria infantilis zusammenzufassen.

g. Die Ätiologie des Leidens ist derjenigen der Urticaria der Erwachsenen sehr ähnlich, wie auch die Prinzipien der Behandlung ähnliche sein sollten; nur hat man es bei den ganz kleinen Kindern mit einem weit reizbareren Nervensystem, einer empfindlicheren Haut und noch häufiger mit Störungen im Magendarmkanal zu thun.

h. Alle Einflüsse, welche auf die Haut einen Reiz ausüben, Insekten, grobe Kleidung oder andere Ursachen, welche zu einer beschleunigten Cirkulation in der Haut führen, können wichtige Faktoren bei der Entwickelung von Quaddeln abgeben, aber die in Rede stehenden Urticariafälle können nicht mit Recht allein auf solche Ursachen zurückgeführt werden.

i. Erfahrungsgemäfs wird die Affektion in allen ihren Stadien oft mit Scabies verwechselt, einige vesikulöse Fälle passieren als Varicella, und pustulöse Fälle gelegentlich als Variola.

k. Es kann erst durch länger fortgesetzte Beobachtungen entschieden werden, ob diese gewöhnliche Urticaria jemals in die HEBRAsche Prurigo, eine in England seltene Affektion, übergeht, oder ob die beiden Ausschläge trotz der Schwierigkeiten einer sicheren Diagnose im Kindesalter zwei völlig verschiedene Krankheiten darstellen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Versammlungen.

Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.

Nach den von MM. JACQUET, THIBIERGE, FEULARD und RAYMOND in *Le Bulletin Médical, La Semaine médicale, Le Mercredi Médical* und *Le Progrès Médical* veröffentlichten Mitteilungen zusammengestellt von

Dr. S. POLLITZER.

Die im vorigen Jahr hauptsächlich durch die Bemühungen der Herren FOURNIER und VIDAL zur Zeit des internationalen Kongresses gegründete Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis hielt ihre erste ordentliche Sitzung im Hôpital St. Louis am 10., 11. und 12. April ab. Der Verein zählt bereits über 100 eingeschriebene Mitglieder, und wir dürfen unseren französischen Kollegen zu dem aufsergewöhnlichen Erfolge, von dem ihre erste Versammlung gekrönt war, Glück wünschen. Da nun somit sowohl Deutschland als auch Frankreich jedes seine nationale Vereinigung hat, darf man wohl hoffen, dafs die Dermatologen anderer Länder ebenfalls nicht zurückstehen werden, sondern baldigst dem vor einigen Jahren von den amerikanischen Kollegen gegebenen Beispiel folgen werden.

Der erste Tag der Sitzung wurde zum Teil geschäftlichen Angelegenheiten gewidmet, der Adresse des Vorsitzenden, M. HARDY, der Wahl von Mitgliedern u. s. w.

Venerische Krankheiten und dermatologische Fragen erhielten beide die gleiche Aufmerksamkeit bei dieser Gelegenheit; von 33 angemeldeten Vorträgen betrafen 16 rein dermatologische Gegenstände.

Herr H. HALLOPEAU: **Über eine an einem Säugling beobachtete, bullöse Dermatose mit persistierenden Narben, Epidermiscysten und Beteiligung der Mundhöhle.**

Ein universeller Ausbruch von Blasen mit klarem, gelblich eiterigem oder blutigem Inhalt; entwickelt sich schubweise und hinterläfst Narben. Das Auftreten der Bullae ist weder mit Schmerzen, noch mit Jucken oder einer fieberhaften Reaktion verbunden. Konfluente Narben finden sich über dem ganzen Rumpfe, der Stirn und dem gröfseren Teil der Extremitäten. An den meisten dieser alten Narben sieht man miliare Knötchen von gelblich-weifser Farbe, die nur wenig oder gar nicht prominent sind, und die Epidermiscysten darstellen. Die von DARIER ausgeführte histologische Untersuchung derselben liefs die Gegenwart von narbigem Gewebe in der Cutis erkennen und zeigte, dafs die Cysten wahrscheinlich aus Schweifsdrüsen und Follikeln durch Verstopfung von deren Ausführungsgängen entstehen. Als hypothetische Erklärung der unmittelbaren Ursache des Ausschlags wurde die Ausscheidung eines Ptomaïns durch die Drüsen genannt. Eine Bestätigung dieser Auffassung scheint durch die

Lokalisation des Ausschlags an den Stellen, welche hauptsächlich von den bullösen Exanthemen und den verschiedenen toxischen Ausschlägen befallen werden, gegeben zu sein. In dieselbe Rubrik wie die von DUHRING und BROCQ beschriebene Affektion kann diese bullöse Dermatitis nicht gestellt werden. Der geringe Grad von Polymorphie, das Fehlen von subjektiven Beschwerden, der Einfluſs von äuſseren Eindrücken bei der Entwickelung der Blasen, die resultierenden Narben und Epidermiscysten sind alles Merkmale, welche einen Unterschied gegenüber der DUHRINGschen Krankheit begründen. Vielmehr ist dieses thatsächlich ein Leiden, welches mit Ausnahme eines im vorigen Jahre von VIDAL veröffentlichten, mit dem vorliegenden einige Ähnlichkeiten darbietenden Falles noch nicht beschrieben worden ist.

Herr E. BESNIER hat zwei ähnliche Fälle beobachtet, bei denen die Epidermiscysten sich auf den nach dem Verschwinden der Blasen zurückbleibenden Flecken entwickelten. Narben fanden sich dabei nicht. Bei diesen Fällen war die Affektion jedenfalls nicht kongenital, vielmehr trat sie zuerst ungefähr im zwölften Lebensjahre auf.

Herr L. JACQET: Die erwähnten Epidermisknötchen sind nicht eine ausschlieſsliche Eigentümlichkeit der bullösen Ausschläge. ROBINSON hat in seiner Arbeit über Lichen planus einen sehr charakteristischen Fall beschrieben, dei dem die histologischen Verhältnisse mit den von DARIER bei HALLOPEAUS Fall und von mir selbst bei einem der BESNIERschen Fälle festgestellten Befunde groſse Ähnlichkeit darbieten. Für meine Person erachte ich den Zusammenhang dieser Cysten mit den Schweiſsdrüsengängen nicht für erwiesen, und auch ROBINSON hat sich von einer derartigen Beziehung nicht überzeugen können.

Herr HALLOPEAU erwiderte, an den Präparaten des Herrn DARIER sehe man, daſs die Cysten in den Ausführungsgängen der Schweiſsdrüsen lokalisiert sind und auch sonst in direktem Zusammenhang mit denselben stehen.

Herr CH. MAURIAC: **Hemiatrophie der Zunge auf syphilitischer Basis.**

Verf. bringt das Symptom mit einer centralen syphilitischen Läsion zusammen, und betrachtet dasselbe als eine Aufserung der Tabes.

Herr H. FEULARD: **Über zwei Fälle von Lichen planus, welche bei verschiedenen Hautläsionen ganz identische Veränderungen auf der Mundschleimhaut darboten.**

Diese zwei Fälle beweisen die Richtigkeit der Auffassung derjenigen Forscher, welche die verschiedenen Arten des Lichen planus nur für abweichende Formen eines und desselben Leidens erklären. Der eine Fall, eine Frau betreffend, hat jetzt neun Monate bestanden und stellt einen typischen Lichen planus auf den Handrücken dar, während auf den Extremitäten sich die als „Verruqueux corné“ bekannte Form findet. Der andere, männliche Kranke, ist erst seit 2 Monaten erkrankt und zeigt die als Lichen plan miliare aigu bezeichnete Varietät; dieselbe ist auf dem Rumpf konfluent, auf den Extremitäten noch diskret. Die Fälle sind hauptsächlich darum interessant, weil trotz der Verschiedenheiten der Hautaffektionen sich bei beiden Fällen auf der Mundschleimhaut und der Zunge völlig gleiche Ausschläge fanden, ein Beweis für den engen Zusammenhang zwischen den beiden Arten. Verf. schlägt deshalb vor, fortan einfach von „WILSONschem Lichen“ zu sprechen, zur Vermeidung der Verwechselungen und Ungenauigkeiten, welche unvermeidlich sind, wenn man Bezeichnungen wie planus und ruber auf eine Affektion anwendet, welche prominent und schwärzlich ist.

Herr BURLUREAUX: **Über die Wirkung des Speichels auf Kalomel und die Verwendung dieser Erscheinung zum Nachweis der Jodoformintoxikation.**

Herr Balzer: **Über einen mit Gangrän komplizierten Fall von Kuhpockenimpfung im Verlauf einer „Syphilis maligne précose."**

Herr Fournier: **Über ein Syphilid der Unterlippe, welches Lupus erythematosus vortäuschte.**

Der Fall zeigte eine so accurate Übereinstimmung mit Lichen erythematosus, dafs er anfangs mittelst Skarificieren behandelt wurde, bis eine parenchymatöse Keratitis und Iritis auf das wirkliche Wesen der Affektion hinwies, worauf durch eine spezifische Behandlung eine prompte Heilung erzielt wurde.

Herr Morel Lavallée: **Einige diagnostische Schwierigkeiten bei syphilitischem Schanker.**

Eine interessante Abhandlung, welche veranlafst wurde durch einen Fall von hartem Schenker ohne Drüsenschwellung und, wie es schien, mit Entwickelung einer indurierten Initialaffektion unter der Narbe.

Zweite Sitzung am 11. April.

Herr Sevestre: **Hauttuberkulose.**

Zwei Fälle; der eine betraf einen $9^1/_2$jährigen Jungen, an dem die Affektion am stärksten auf den Handrücken entwickelt, aber auch sonst über die ganze Haut verstreut war. Wir sehen hier eine Anschwellung, deren Mitte von einer braunen, mifsfarbenen Borke eingenommen ist. Die Oberfläche der Stelle ist papillomatös, nicht ulceriert, aber nässend. Die umgebende Zone ist von violetter Farbe, mit ziemlich feinen Schuppen bedeckt, und bei genauerem Zusehen findet man, dafs sie mit zahlreichen, winzigen Knötchen (Tuberkel) besetzt ist. Weiter aufwärts in der Nähe des Handgelenks sieht man mehrere, mit einer leicht schuppigen Haut bedeckte, gröfsere Knoten. Ähnliche Flecke sind auf der Dorsalseite des linken Fufses und in der Nähe des rechten Handgelenks vorhanden. Die kubitalen und axillaren Lymphdrüsen sind erheblich geschwollen, aber indolent. An der rechten Parotisgegend findet sich eine vereiternde Drüse und an verschiedenen Stellen des Körpers verstreute alte Narben, von denen einige aus aufgelösten Drüsen, andere wahrscheinlich aus tuberkulösen Veränderungen der Haut entstanden sind. Die bakteriologische Untersuchung der auf dem Handrücken lokalisierten Gebilde liefs das Vorhandensein des Bacillus tuberculosis erkennen. Die Lungen des Patienten sind normal, und sein Allgemeinbefinden befriedigend. Der Fall ist ein Beispiel der von Riehl unter dem Namen Tuberculosis verrucosa beschriebenen Affektion.

Der zweite Fall betraf ein $6^1/_2$jähriges Mädchen mit ähnlichen Veränderungen an der Haut; nur waren dieselben deutlicher papillomatös. Auch bei diesem Falle waren die Drüsen geschwollen und indolent, und es wurde auch der Nachweis der Tuberkelbacillen geliefert. Vortragender hat die Absicht, die Kranken mit Injektionen von Jodoform, mit Vaselinöl als interner Medikation und mit lokalen Applikationen von Milchsäure und Naphtholkampfer zu behandeln.

Herr E. Besnier teilte mit, dafs ähnliche Fälle von Herren Bazin und Hardy unter der Bezeichnung von „Malignen Skrophuliden" beschrieben worden sind. Ferner hätten schon lange vor Riehls Zeiten Herr Vidal und er (Redner) das Vorkommen von Hauttuberkulose in Gestalt des anatomischen (oder Leichen-) Tuberkels nachgewiesen. Betreffs der Behandlung seien innere Mittel zwecklos; lokaliter genügen aber die gewöhnlichen Medikamente nicht; man müsse das Ferrum candens anwenden.

Herr Hardy glaubt nicht, dafs die vorliegenden Fälle mit der als Leichentuberkel bekannten lokalen Tuberkulose völlig übereinstimmten. Aufserdem scheine es ihm, dafs man heutzutage im allgemeinen die Neigung habe, auf Skrofulose zu

wenig Gewicht zu legen, denn seiner Meinung nach sei dieselbe noch nicht vollständig durch die Tuberkulose verdrängt worden. Was die Behandlung dieser Fälle betrifft, so seien die internen Mittel nicht zu verwerfen; er empfiehlt Chlornatrium, das für Skrofulose ebenso ein Spezifikum sei, wie Jodkalium für tertiäre Syphilis.

Herr Besnier glaubt, dafs die zwischen ihm und dem Vorredner hervortretenden Differenzen nur die Ausdrucksweise, nicht die Sache betreffen. Alle sind von dem Vorhandensein der Tuberkulose überzeugt, doch bestehen betreffs deren Entwickelung in der Haut eine Reihe von Verschiedenheiten, welche durch das Vorhandensein oder Fehlen von „Lymphatismus" bedingt sind. Diese Verhältnisse will er durch die Bezeichnung „Scrofulo-tuberculosis" kennzeichnen, um die Affektionen der echten Tuberkulose den an den Übergängen der Schleimhaut in die Cutis entstehenden gegenüber hervorzuheben.

Herr Vidal schliefst sich dieser Ansicht vollständig an und hält auch das Kauterisieren für die beste Behandlungsweise; auch ist die Anwendung desselben, wie Besnier hinzufügt, jetzt ein leichtes, nachdem wir gelernt haben, den Schmerz durch Methylchlorid zu lindern.

Herr Hallopeau: **Ein Fall von lokaler Asphyxie der Extremitäten mit chronischer, eiteriger Polydactylitis und ephemerer Entwickelung von disseminierter, symmetrischer, pustulöser Dermatitis.**

Patient leidet seit seiner Kindheit an der Raynaudschen Krankheit und jetzt seit einer Reihe von Monaten an eiteriger Polydactylitis, verbunden mit öfters wiederholtem Ausbruch von oberflächlichen Pusteln in symmetrischer Verteilung am ganzen Körper. Die lokalisierte Asphyxie hat nicht sämtliche Finger befallen, und der eiterige Prozefs ihrerseits hat nur diejenigen ergriffen, welche von der Nekrose afficiert gewesen waren. Die universelle Pustelbildung scheint mit der Polydactylitis in Verbindung zu stehen und beruht möglicherweise auf der Resorption eines Ptomaïns; denn die Pustelaussaat erscheint erst nach Dactylitis und sistiert, sobald die Eiterung an den Fingerspitzen aufhört. Die Pusteln sind vollständig oberflächlich gelegen, trocknen im Laufe von 24 Stunden ein und hinterlassen bis auf eine geringe Rötung und Schuppung keinerlei Spuren. Diese Erscheinungen erstrecken sich auch auf die Schleimhaut.

Herr Quinquaud: **Die Hautausschläge der Harnsäurediathese.**

Man hat die Behauptung aufgestellt, dafs gewisse, universelle Ausschläge durch einen Überschufs an Harnsäure im Blute entstehen können. Experimentelle Injektion von Harnsäure bewirkte bei Meerschweinchen und Kaninchen keine Veränderungen in der Haut derselben. Dagegen führten derartige Injektionen bei Hunden zur Entwickelung von kleinen einzeln stehenden Bläschen, gelegentlich auch von Papeln und auch, wenn schon seltener, von Pusteln auf der ganzen Hautoberfläche; doch entstand nichts, was irgendwie einem wirklich typischen Leiden (wie z. B. einem Ekzem) ähnlich gewesen wäre. Bei der ferneren Durchführung dieser Experimente am menschlichen Organismus durch tägliche Darreichung von 0,15—0,18 g Harnsäure per os gelang es dem Verf., einen Ausschlag von erythematösen Flecken und Furunkeln hervorzurufen; niemals aber entstand irgend eine wirkliche Hautkrankheit. Es sei ihm aber namentlich das gelegentliche Vorkommen von verschiedenen bei rheumatischen und nervösen Patienten während der Fieberanfälle vorkommenden, multiformen Ausschlägen aufgefallen. Er habe deshalb auch den Urin in solchen Fällen untersucht und eine Abnahme der Harnsäure in demselben, somit also eine Zunahme des Harnsäuregehaltes des Blutes nachgewiesen. Verf. glaubt, dafs bei solchen Fällen die Nierenfunktionen mehr oder minder gestört sind.

Herr Fournier: **Ein einen syphilitischen Schanker vortäuschendes Ekthyma bei einem Kinde.**

Das Ulcus war an den Nates lokalisiert, und die wahre Natur der Affektion wurde erst erkannt, als zahlreiche ähnliche Geschwüre sich einstellten und unter einfacher Behandlung abheilten.

Herr Du Castel: **Atypische, syphylitische Schanker.**

Bericht über zwei Fälle, bei denen je 13 und 7 indurierte Schanker innerhalb weniger Tage nacheinander auftraten.

Herr Mauriac findet, dafs derartige Fälle nicht gerade Seltenheiten sind.

Herr Rollet sagt, multiple Schanker kommen am häufigsten auf der Brust lokalisiert vor.

Herr Fournier hat einen Fall gesehen, bei welchem sich 24 indurierte Geschwüre auf den beiden Mammae vorfanden; er erwähnt, dafs Ricord niemals als ein Axiom behauptet habe, dafs der syphilitische Schanker niemals multipel auftreten könne, obgleich freilich in der Regel nur ein einzelnes Geschwür entsteht.

Herr De Beurmann: **Schanker der Mamma.**

Bericht über zwei bei Ammen, die durch Kinder in einer Findelanstalt inficiert wurden, beobachtete Fälle.

Herr Quinquaud: **Eine neue Methode der Syphilisbehandlung.**

Man verreibe 1000 g Kalomel mit 300 g Ricinusöl und mische mit 3000 g Emplastrum diachylon. Diese Masse wird auf Leinen gestrichen und genügt um 14 Streifen von je 3 Meter Länge und 20 cm Breite zu bedecken; an einem Stück von $2^1/_2$ Zoll im Quadrat hat man dann einen Kalomelgehalt von ca. 1,0 g. Ein Stück von dieser Gröfse wird auf die Milzgegend aufgelegt und alle 8 bis 10 Tage erneuert. Die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Urin kann man schon etwa 4 Tage nach der ersten Applikation nachweisen. Die Methode ist reinlich und wirksam. Verf. hat papulo-tuberkulöse Syphilide im Laufe von 8 bis 14 Tagen sich darauf zurückbilden sehen.

Dritte Sitzung am 12. April.

Herr Barthélémy: **Symptomatische Hautausschläge bei epidemischer Influenza.**

Unter 213 Fällen hat Verf. nach Ausschlufs der rein zufälligen Komplikationen wie Herpes, Furunkel, Zona etc. 14 mal Hautausschläge bei Influenza beobachtet. Dieselben standen ohne Zweifel mit dem Krankheitsprozefs in Zusammenhang und können als das Exanthema influenzae bezeichnet werden. Im allgemeinen sind es skarlatiniforme oder morbilliforme Erytheme; dieselben verschwinden schnell wieder und sind selten von Abschuppung begleitet.

Herr Hallopeau und Herr Lefèvre: **Ein Fall von moniliformer Haarbildung.**

Der vorgestellte Fall von Monilithrix an einem Knaben bietet die gewöhnlichen Symptome dieser seltenen Affektion dar. Neues zur Erklärung der Eigentümlichkeit wurde nicht vorgebracht.

Herr Arnozan hat einen ähnlichen Fall gesehen, doch war dabei die Affektion auf eine kleine Stelle am Hinterkopf beschränkt.

Herr Vidal hat zwei solche Fälle gesehen; beide kongenitalen Ursprungs.

Thin stellte beim Internationalen Kongrefs in London einen Fall vor, der von den anwesenden Mitgliedern für kongenital erachtet wurde.

Kaposi berichtet über zwei im Kindesalter entstandene Fälle; er bringt die Affektion mit Lichen pilaris in Zusammenhang.

Unna glaubt an eine Entstehung aus nervösen Ursachen.

Lesser verwechselte die Affektion mit Trichorrhexis nodosa.[1]

Herr Besnier hält dafür, dafs diese Affektion vielen krankhaften Veränderungen der Haut eigen ist und nicht als eine Krankheit sui generis aufgefafst werden darf. Bei der Untersuchung des vorgestellten Patienten findet er unverkennbare Zeichen von Xerodermie oder Ichthyosis pilaris, welche ohne Zweifel deutlicher hervortreten werden, wenn der Patient dem Pubertätsalter näher kommt. Er diagnostiziert den Fall als eine hauptsächlich die Kopfschwarte afficierende Ichthyosis pilaris.

Herr Eraud: **Einige Umstände, welche darauf hindeuten, dafs der Gonococcus nicht spezifischer Natur ist.**

In der normalen Urethra, nicht nur der Erwachsenen, sondern auch der Kinder, sogar der Neugeborenen findet sich immer ein Mikroorganismus, der Staphylococcus urethralis, welcher unter gewissen Umständen imstande ist, Urethritis hervorzurufen. Dieser Saprophyt ist mit dem bei der Orchitis und der gonorrhoischen Prostatitis gefundenen identisch, und ist somit als Gonococcus Neisser anzusehen. Verf. schliefst daraus, dafs dieses Mikrobion stets dasselbe sei, dafs es in der normalen Urethra als ein Saprophyt sich fortpflanzt, und dafs es imstande ist, unter gewissen, bisher unerforschten Bedingungen Gonorrhöe zu bewirken.

Herr Mauriac: **Ein Fall von intensiver gonorrhoischer Arthritis.**

Derselbe betraf die Schulter und führte zur Ankylose des Gelenks und Atrophie der Muskeln.

Herr Arnozan: **Die Behandlung des Epithelioms des Gesichts mit Essigsäure.**

Diese Methode wurde zuerst von Broadbent und von Guéniot empfohlen und besteht in der lokalen Applikation von starker Essigsäure; doch ist sie seitdem beinahe gänzlich in Vergessenheit geraten. Verf. hat dieselbe bei acht Fällen mit vorzüglichem Resultat angewandt. Das Mittel, als 50 % Lösung, wird mittels Holz- oder Glasstäbchen täglich aufgetragen, bis der entstehende Schorf abzufallen anfängt; nach kurzer Pause sollen die Betupfungen von neuem begonnen werden. Nach einer jeden Serie von Auftragungen sieht man die Geschwürsbildung geringer werden, bis zuletzt eine glatte, weifse Narbe zurückbleibt. Verf. hat keine Erfahrungen über den Wert der Methode bei tieferen Geschwürsbildungen und bei Drüsenschwellungen, hält dieselbe aber für ein entschieden wertvolles Mittel bei oberflächlichen Fällen.

Herr Jullien: **Syphilitische Phagedena und septische Phagedena.**

Phagedena mufs man immer ansehen als einen Mischprozefs, bei welchem die syphilitische Geschwürsbildung mit einem septischen Vorgang kompliciert ist. Wenn wir die Affektion nach antisyphilitischen Grundsätzen bekämpfen, so dürfen wir uns nicht damit begnügen, die gewöhnlichen lokalen Medikamente anzuwenden, sondern wir sollten eine ganz gründliche Antisepsis verlangen.

Vor ihrer Auflösung beschlofs die Gesellschaft, am zweiten Donnerstag jeden Monats ihre regelmäfsigen Sitzungen, und an drei Tagen in der Osterwoche ihre jährlichen Zusammenkünfte fortan abzuhalten.

(Übersetzt von Dr. Philippi.)

---

[1] cf. *Brit. Journ. of Dermat.* Vol. II. 4. pag. 104. (Referat).

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie.

Über Amitose (direkte Teilung), von M. Löwit in Innsbruck. (*Centralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie.* Bd. 1. No. 9/10.) Es gelang dem Verf., nachzuweisen, dafs die im Krebsblute ausschliefslich vorkommenden weifsen Blutzellen sich durch amitotische Kern- und Zellteilung vermehren. Schon früher hatte Löwit betont, dafs die chromatische Substanz in den Kernen gewisser weifser Blutkörperchen in Form von Klumpen und Körnern enthalten ist (Chromosomen von Waldeyer), die auch bei der direkten Zellteilung erhalten bleiben, während ein eigentliches chromatisches Netzwerk nicht gefunden wurde. Warum nun vermehren sich die Leukocyten durch Amitose? Die Form und Anordnung der Chromatinkernmassen kann für sich allein nicht für das Auftreten oder Fehlen der Mitosen verantwortlich gemacht werden, da ja Flemming und Platner schon nachwiesen, dafs Mitose ohne perfekte Chromatinschleifen stattfinden, sowie dafs eine Umwandlung von Chromatinhaufen in Chromatinschleifen bei der indirekten Kernteilung eintreten kann. Für den Ablauf der letzteren kommt zweifellos der Kernspindel eine grofse Rolle zu, niemals jedoch konnte Löwit bei der Amitose eine chromatische Kernfigur nachweisen. Doch läfst der Autor die Frage offen, ob das Fehlen der Spindel auch schon als die Ursache für das Nichzustandekommen der Mitose und das Eintreten der Amitose angesehen werden darf.

Im Kern der Krebsleukocyten fand Löwit, dafs die chromatischen Klumpen mit der von Frank Schwarz als Pyrenin bezeichneten Nukleolarsubstanz des Kerns übereinstimmen und dafs diese vom „Chromatin" (Nuklein) des Kerngerüstes anderer Zellen gut unterschieden werden können. Die Pyrenin enthaltenden Kerne teilen sich amitotisch, die das Nuklein enthaltenden mitotisch. Für den Namen „Pyrenin" schlägt Löwit die Bezeichnung „Nukleolin" vor. Verf. glaubt schon jetzt mit grofser Wahrscheinlichkeit darauf hinweisen zu können, dafs solche Zellen, in deren Kern der Hauptmasse nach Nuklein enthalten ist, sich durch Mitosen teilen, während jene Zellen, in deren Kern das der Hauptmasse nach in Klumpenform angeordnete Nukleolin enthalten ist, sich durch Amitose teilen. *Leistikow-Hamburg.*

Cirkulationsstörungen.

Erythema nodosum palustre, von Moncorvo. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance.* Dezbr. 1889. pag. 537.) Diese Eruption, welche schon von Obédénare und Boïcesco beschrieben ist, wird durch Knoten oder rundliche oder ovoide Plaques charakterisiert; sie ist von lebhafter Röte oder gelblich, ziemlich schmerzhaft, spontan, aber hauptsächlich auf Druck; sie breitet sich vornehmlich auf der Vorderseite der Beine und den Vorderarmen aus.

Diese Affektion, welche man nur bei Kindern wahrgenommen hat, zeigt in ihrer Ausbreitung und ihrer Färbung Veränderungen von Zu- und Abnahme im Verhältnis zu den Perioden des Paroxysmus und der Apyrexie der Malaria. Diese Symptome sowohl als die rasche Veränderung unter dem Einfluss von Chinin, gestatten, die Ursache leicht zu erkennen. *Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von Dr. L. Philippson in Hamburg.)

Über Purpura, von Palmedo. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1890.) Die Dissertation stützt sich auf einen interessanten Fall von Purpura, der ein 19jähriges, aus einer tuberkulösen Familie stammendes Mädchen betraf, dessen tuberkulöse Disposition sich schon im Kindesalter in der Entwickelung tuberkulöser Knochen- und Drüsenaffektionen manifestierte. Aufser dieser Disposition schuldigt P. auch noch äufserst ungesunde Wohnungsverhältnisse als das Zustandekommen der Krankheit begünstigende Momente an.

Die Petechien entwickelten sich auf der äufseren Haut in grofser Zahl; es kam zu Blutungen aus Nase, Mund, in die Conjunctivae bulbi, Blutungen aus den Harnorganen. Während der Dauer letzterer bestand mäfsiges Fieber, das dann subfebrilen bis Collapstemperaturen Platz machte. Konvulsionen mit vorübergehender Aphasie, Collapserscheinungen stellten sich auf der Höhe der Krankheit ein, die als durch Blutungen in die Meningen bedingt angesehen wurden. *Seifert-Würzburg.*

Fall von akuter Antipyrinvergiftung, von Dr. Schwabe-Woldenberg. (*Deutsche Med. Ztg.* 1890. No. 45.) Verf. schildert einen Fall einer akuten Antipyrinintoxikation mit schweren Allgemeinerscheinungen und mit Auftreten eines Urticaria-Exanthems, das vorwiegend die rechte Hand und die Streckseite des rechten Arms einnahm und in geringerem Mafse auch die Vorderfläche des Halses bedeckte. Die linke Körperhälfte blieb von dem Exanthem gänzlich frei. Noch im Laufe desselben Tages schwand das Exanthem. *Leistikow-Hamburg.*

Akute Exantheme.

Masern in der Schwangerschaft. Geburt eines mit Masernexanthem behafteten Kindes, von Dr. Lomer in Hamburg. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 49.) Die unverehelichte E., 22 Jahre alt, war stets gesund gewesen und hatte speziell nie Masern gehabt. Zum erstenmal gravid seit Oktober 1887, erwartete sie ihre Niederkunft Mitte Juli 1888. Am 7. Juni erkrankte sie plötzlich mit Schüttelfrost, Husten, Heiserkeit, Brennen in den Augen und Diarrhöe. Am folgenden Tage nachmittags Eintritt von Wehen; abends spontane Geburt eines lebenden Kindes. Am neunten morgens war bei der Mutter sowohl als bei dem Kinde ein exquisites Masernexanthem zu konstatieren.

Die Masernerkrankung hat also die Schwangerschaft 5 Wochen zu früh unterbrochen. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Behandlung der Variolapusteln im Gesicht mittelst eines Sprays von Sublimatäther, von Ch. Talamon. (*Médecine moderne.* No. 17. 17. April 1890.) Wahrscheinlich spielen die äufseren Keime eine wichtige Rolle bei der Vereiterung der Variolabläschen. Es folgt daraus die Indikation, die Haut vor jedem Ausbruch aseptisch zu machen. Das vom Verf. gewählte Verfahren besteht in der Zerstäubung einer ätherischen Lösung von antiseptischen Stoffen durch den Apparat von Richardon. Diese Methode hat den Vorteil 1. das Antiseptikum gleichmäfsig über die affizierten Teile zu verbreiten; 2. dasselbe tief in die oberflächlichen Schichten der Bläschen eindringen zu lassen; 3. dank der schnellen Verdampfung des Äthers, eine gröfsere Menge der zerstäubten Substanz als aus wässerigen Lösungen derselben auf die Haut zu bringen.

Verf. hat mit 4 Mitteln experimentiert, mit Tannin, Jodoform, Salol und Sublimat. Die ersten beiden haben keine guten Resultate gegeben, Salol 1 : 5 hat nur in den leichten Fällen genutzt. Sublimat hat die beste Wirkung gehabt und zwar in folgender Form:

Sublimat
Acid. citric. oder tartar. } ää 1,0
Alkohol (90 °) 5 ccm
Äther p. s. ad 50 ccm

Wenn der Ausschlag erst 1 oder 2 Tage alt ist, so seift man kräftig die Haut ab, spült mit Borwasser nach und trocknet mit hydrophiler Watte ab. Jede Einstäubung dauert höchstens 1 Minute; man hört auf, wenn sich eine weifse Schicht von Sublimat auf die Haut gelegt hat, um keine Entzündung hervorzurufen. Der Kranke hat nur ein leichtes Kältegefühl, welches von einer mehr oder weniger lebhaften Röte begleitet ist. Die Einstäubungen finden drei- oder viermal pro die statt. Eine Viertelstunde nach jeder Sitzung appliziert man auf die Haut eine Lösung von Sublimat in Glycerin 1 : 15. Sublimat hat nur auf die Formen von mittlerer Intensität Wirkung, wo besonders die Gefahr der Suppuration vorliegt. Der Spray schwächt die Suppuration ab, läfst sie oft gar nicht eintreten, vermindert die Häufigkeit der Narben. *E. Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von L. Philippson in Hamburg.)

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Über das Ekzem der Nase, von Troplowitz. (Inaugural-Dissertation. Würzburg 1890.) Das Material zu der vorliegenden Arbeit ist dem Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkranke von Seifert entnommen und bezieht sich auf 57 Fälle. Bei 7 derselben handelte es sich um akutes Ekzem, das sich an verschiedenen Formen von Rhinitis angeschlossen und auch einen Teil des Gesichtes und der Augenlider mit ergriffen hatte. Auch in den Fällen mit chronischem Ekzem mufsten Nasenkrankheiten als ätiologisches Moment angeschuldigt werden, und war auch hier in vielen Fällen eine weitere Ausbreitung zu konstatieren. Ganz besonders häufig zeigte sich als Komplikation eine gleichartige Erkrankung der Augenlider und der Kornea.

In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um jugendliche Individuen.

Die Behandlung war in erster Linie auf die Beseitigung der Nasenerkrankung gerichtet, direkt gegen das Nasenekzem wurde 1 % Sozo-Jodol-Quecksilbersalbe angewandt (da in dem Ambulatorium auch die übrigen Sozojodolpräparate eine grofse Rolle spielen). *Seifert-Würzburg.*

b. *Cutiserkrankungen.*

Furunkulose bei Diabetes insipidus, von J. Lowinsky, cand. med. (*Centralblatt für klinische Medizin.* 1890. No. 21.) (Aus Dr. M. Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.) Verf. berichtet von einem 56jährigen Arbeiter, welcher im Anschlusse an Diabetes insipidus an multiplen Furunkeln erkrankte. Die Schweifssekretion lag schon längere Zeit bei dem Patienten danieder. Verf. bemüht sich,

das Zustandekommen der Furunkel einfach durch den Wasserverlust und die Austrocknung der Schweifsdrüsen zu erklären. Dafs die in Rede stehenden Furunkel wirklich Schweifsdrüsenfurunkel waren, ist nach des Autors Ansicht durch ihren tieferen Sitz (als die Talgdrüsenfurunkel) an der Grenze des subkutanen Zellgewebes zu erklären, sowie dadurch, dafs ihnen das centrale Bläschen und später der offen zu Tage tretende Pfropf mangelte. Von Interesse wäre es gewesen, wenn LOWINSKY durch die histologische Untersuchung festgestellt hätte, dafs es sich wirklich um Schweifsdrüsenfurunkel gehandelt hat. *Leistikow-Hamburg.*

Therapeutisches Kuriosum, von Dr. WETTENDORFER in Wien. (*Intern. Klin. Rundschau.* 1889. No. 45.) Bei einem Patienten, der mit **venerischen Geschwüren** am Penis behaftet war, hatte W. die üblichen Mittel ohne genügenden Erfolg angewandt. W. erinnerte sich nun der unter den Landbewohnern Ungarns viel verbreiteten Sitte, Frostbeulen und Geschwüre mit Schnee zu behandeln, und beschlofs, diese kuriose Behandlungsmethode bei seinem venerischen Patienten zu versuchen. Er liefs ein kleines Gefäfs derart mit Schnee füllen, dafs eine Höhlung zur Aufnahme des Gliedes aus dem Schnee geformt wurde; das Ganze wurde mittelst eines Bandes um die Lenden befestigt. Alle paar Stunden wurde der Schnee erneuert. Nach 8 Tagen waren die Geschwüre verheilt.

W. empfiehlt den Schnee auch bei chronischen Unterschenkelgeschwüren.

Dreckmann-Recklinghausen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über einen im Hôpital Saint-Sauveur zu Lille beobachteten Fall von Lepra, von EM. BAUDE. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. Heft 12.) Der ausführlich mitgeteilte Fall ist insofern bemerkenswert, als der betreffende Kranke jahrelang in verschiedenen Pariser Krankenhäusern behandelt wurde, ohne dafs eine der vielen Ärzte die wahre Natur des Leidens erkannt hätte. Die richtige Diagnose stellte erst LELOIR in Lille. — Verf. folgert daraus, wie wichtig es sei, dafs jeder Arzt sich mit den exotischen Krankheiten, zumal mit der Lepra, bekannt mache.

Türkheim-Hamburg.

b. *Tuberkulose.*

Lupus des Larynx, von L. MARTY. (*Thèse de Paris.* 1888.) In der Geschichte dieser Formen von Schleimhauttuberkulose, welche vor nicht langer Zeit noch Skrophulose der Schleimhäute genannt wurden, gibt, es noch manche dunkle Punkte und man mufs ihre Beschreibung heute wieder aufnehmen, wo man hoffen kann, sie scharf von den Spätformen der Syphilis zu trennen. Die vorliegende Dissertation ist gewifs die wichtigste von den bis heute über Larynxtuberkulose publizierten Arbeiten und wenn auch von den 89 Beobachtungen einige nicht zum Lupus gehören sollten, weil sie durch Verlauf und Entwickelung sich wesentlich von den übrigen unterscheiden, so ist dennoch die Arbeit vorteilhaft, weil sie alles bisher Bekannte vereinigt und uns eine Beschreibung davon gibt, welche wir jetzt kurz zusammenfassen wollen.

Die Larynxaffektionen sind histologisch denen der Haut gleich: Rundzellenheerde mit Riesenzellen und spärlichen Tuberkelbacillen.

Der Larynxlupus kann primär oder häufiger sekundär sein. Er ist meistens von gleicher Affektion der Mund-, Nasen-, Rachenschleimhaut und der äufseren Haut begleitet. Er fängt langsam und schleichend an und mufs erst besonders aufgesucht werden, denn lange Zeit hindurch scheint der eigentliche Sprechapparat gesund zu sein, und funktionelle Störungen fehlen. Später, wenn erst die Stimmbänder ergriffen sind, ist die Stimme rauh, heiser, leise oder es tritt Aphonie ein. Husten ist selten, Auswurf gering, ziemlich auffälliger Ptyalismus; Dyspnoe, aufser bei Komplikationen, niemals sehr beträchtlich und die Affektion vollständig schmerzlos.

Laryngoskopisch konstatiert man allgemeine Blässe des Larynx, mehr oder weniger ausgesprochene Hypertrophie, bald maulbeer- oder polypenförmige Vegetationen, bald eine glatte und gespannte, mehr oder weniger gespannte Schleimhaut. Diese Hypertrophie zieht Deformationen der Glottis und des oberen Larynx nach sich und kann Stenose erzeugen. In noch weiterem Stadium sieht man verschieden weit ausgedehnte Ulcerationen, verbunden mit Substanzverlusten und schliefslich zu weifsen, sklerösen, schrumpfenden Narben führend, welche selbst gefährlich sind, da sie zur Stenose führen können. Der Lupus lokalisiert sich besonders auf der Epiglottis und oberhalb der Stimmritze, die anderen Teile des Larynx werden erst später ergriffen und in gewissen Fällen überhaupt niemals.

Der primäre Lupus zeigt dieselben objektiven und subjektiven Symptome wie der sekundäre, aber verschont die Haut und die Schleimhäute. Er ist seltener als der sekundäre. Verschiedene Affektionen können den Larynxlupus komplizieren: Phthise, Meningitis, Pleuritis, kalte Abscesse etc. Erysipel kann einen heilenden Einfluſs auf die Krankheit ausüben. Glottisödem, Chondritis und Perichondritis sind selten. Allgemeinzustand ist jahrelang sehr häufig ausgezeichnet. Affektion schreitet langsam vorwärts und ihre Dauer zählt nach Jahren. In bestimmten Fällen wurde Heilung beobachtet. Diagnose ist immer schwierig. Anfangs kann die Affektion unbemerkt bestehen. Daher ist es richtig alle Lupuskranken ohne Ausnahme zu laryngoskopieren. Krankheiten können besonders mit Larynxlupus verwechselt werden, die Larynxaffektionen bei Syphilis, Lepra, Krebs. Vor der Entscheidung mufs man den Kranken gründlich untersuchen. Prognose mufs vorsichtig gestellt werden und man mufs immer an die möglichen Komplikationen, besonders Glottisödem denken.

Larynxlupus ist häufiger, als man bis vor einigen Jahren geglaubt. Man findet ihn bei ca. 9,1 % der Lupuskranken. Frauen sind ihm mehr als Männer ausgesetzt. Er tritt mit Vorliebe bei Erwachsenen auf. Die Ursache sind dieselben wie bei Lupus der Haut. Larynxlupus kann als eine Form der Tuberkulose betrachtet werden, welche sich durch eine geringe Zahl an Bacillen (Leloir) auszeichnet, wie es die histologischen, experimentellen und klinischen Untersuchungen beweisen (Leloir).

Behandlung mufs lokal (Brennen, chemisch oder besser galvanokaustisch, Skarifikation, Auskratzen) und allgemein sein (Tonika, Roborantia, Leberthran, Arsenik).

Tavernier-Lille.

(Übersetzt von L. Philippson-Hamburg).

Über Nasentuberkulose, von Dr. Seifert-Würzburg. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 51.) Seifert hielt auf der Heidelberger Naturforscherversammlung einen Vortrag über obiges Thema. Er stellt 34 Fälle von Nasentuberkulose aus der Litteratur zusammen und fügt diesen 4 Fälle aus seiner eigenen Erfahrung hinzu. Man kann 3 Formen der Krankheit unterscheiden, von denen die erste die tuberkulöse Ulceration, die zweite die tuberkulösen Tumoren repräsentiert, während es sich bei der dritten entweder um das gleichzeitige Vorkommen von Ulcerationen und Tumoren, oder um die Entstehung von Ulcerationen aus Tumoren handelt.

Da in der Hälfte der Fälle alle andern Organe frei von Tuberkulose gefunden wurden, hält SEIFERT es für interessant nachzuforschen, ob der Nachweis einer primären Erkrankung der Nasenschleimhaut geliefert werden könne.

Dreckmann-Recklinghausen.

c. *Syphilis.*

Ein Fall von Syphilis hereditaria tardiva mit Gumma des Pharynx, von G. CHEMINADE. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. Heft 12.) Die Anamnese des 27jährigen Menschen ist sehr kümmerlich. Er will nie Syphilis gehabt haben, bietet auch nirgends Spuren erworbener Syphilis dar. Er ist schwächlich gebaut, unter Mittelmafs; an den Augen kleine leukomatöse Trübungen, die Schneidezähne weisen den HUTCHINSONschen Typus auf; beiderseitige Schwerhörigkeit. Die Unterkieferdrüsen geschwollen; nächtliche Kopfschmerzen, die den Schlaf rauben. Am Rachen eine 10-Centimes-Stück grofse Ulceration, die bis zur Epiglottis hinunter reicht. Die Stimme ist näselnd; feste Speisen können nicht geschluckt werden. Unter Behandlung mit Jodkali vernarbt das Geschwür; das Gehör bessert sich wesentlich. — Verf. unterzieht sich zum Schlufs der wohl überflüssigen Mühe, die Einwürfe, dafs es sich vielleicht um ein tuberkulöses Geschwür gehandelt haben könnte, mit triftigen Gründen zurückzuweisen. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Kasuistik der hereditären Lues, von Dr. AMON in Forchheim. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 48.) Der Verf. teilt einen Fall aus der Praxis mit, in welchem es sich um eine, unter den Erscheinungen einer Gehirnblutung letal endigende hereditär syphilitische Erkrankung eines $2^1/_2$jährigen Knaben handelte. Seitens der Mutter liegen keinerlei Verdachtsgründe auf Lues vor; seitens des Vaters wird jede Erkrankung in Abrede gestellt, derselbe will jedoch in seiner Jugend viel an Hautausschlägen, Abscessen, eiternden Fingern etc. gelitten haben. Die 5 Geschwister des verstorbenen Knaben haben sämtlich viel an Beulen, Abscessen etc. gelitten; ein Kind wurde zu früh, mit auffallend roter Hautfarbe und defekten Fingernägeln geboren.

Aus der Obduktion ergab sich die Richtigkeit oder doch wenigstens die gröfste Wahrscheinlichkeit der Diagnose: Lues.

Der Verf. ist geneigt, entweder trotz der Ableugnung des Vaters und trotz des Mangels unzweifelhafter Symptome an demselben eine frühere Infektion anzunehmen, oder aber bereits eine hereditäre Belastung des Vaters zu vermuten, so dafs also die Syphilis, unter Latentbleiben bei dem Sohne, von den Grofseltern auf den Enkel übertragen wurde. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Ein Fall von gummöser Erkrankung der Gelenke, von Dr. MICHAILOFF. (Aus der Klinik des Prof. TARNOWSKY.) (*Wratsch.* 1890. No. 19.) Der Patient, Landmann, 25 a. n., klagt über vollkommene Bewegungslosigkeit des Ellbogens und sehr beschränkte Beweglichkeit des Kniegelenks, beides linkerseits. Infiziert im März 1887. Behandlung im August desselben Jahres: Exanthem, Halsschmerzen, Defluvium capillor. 30 Inunktionen. November 1887 Ulcera scapularum, an den oberen und unteren Extremitäten. Keine Behandlung. Vernarbung. Oktober 1888, Schwäche im ganzen linken Bein. Schmerz bei Bewegung des Knies; dasselbe gleichzeitig im Ellbogengelenk. Keine Behandlung. Vor seiner letzten Erkrankung starke Erkältung beim Flöfsen von Holz, wobei er tagelang kniehoch im Wasser stehen mufste.

Status praesens: An Stelle der früheren Ulcera pigmentlose Narben, wie nach tiefen Ekthymapusteln. Auf dem hinteren Umfang des linken Oberschenkels ein

rundes gummöses Ulcus, mit gewulsteten, kallösen, interminierten Rändern, schmutzigem Grund, schleimig-eiterige Sekretion, Konturen am Kniegelenk verstrichen, Palpation schmerzhaft; Haut gespannt, normal verfärbt. Das ganze Gelenk gallertig-ödematös, namentlich oberhalb der Patella. Der Umfang um 3 cm vergrößert. Beim Gehen ist das Knie im Winkel von 165° gebeugt. Flexion normal; Extension auch bei größerer Anstrengung des Patienten höchstens bis 175° möglich. Krepitation fehlt. Beim Auftreten empfindet der Kranke Schwäche und Ermüdung, falls die Bewegungen länger als 5 Minuten fortgesetzt werden. Das rechte Bein normal. Die Haut des linken Ellbogengelenks ist normal, nicht ödematös, gespannt, Umfang um 1½ cm vermehrt. Konturen verstrichen. Vorderarm im Winkel von 150° flektiert. Weder Flexion noch Extension möglich. 1½ cm nach vorn und innen vom Oberarm am inneren Trochanter eine wallnußgroße, flache, dem Knochen aufsitzende, solide, knorpelharte Geschwulst, mit der Haut nicht verwachsen, dem Knochen unbeweglich aufsitzend. Keine Krepitation im Gelenk; dasselbe druckempfindlich.

Verf. hält es für fraglos, daß diese Veränderungen gummöser Natur sind. Beweise: solide Beschaffenheit der Schwellungen, ihre Abgrenzung vom gesunden Gewebe, äußere Beschaffenheit. Schmerzhaftigkeit namentlich nachts, Anamnese und schließlich juvantia. Eine spezifische Bekandlung mit 20 Injektionen von Hydrarg. salicyl. (à 1⅝ Gran) brachte eine fast normale Beschaffenheit der Gelenke herbei.

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Über Placenta-Syphilis, von Thiel. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.) Eine IV. para wurde Ende des sechsten Monats ihrer Gravidität syphilitisch infiziert. Im neunten Schwangerschaftsmonat kam die Frau zur Beobachtung; da der Tod des Kindes konstatiert war, wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, durch welche eine 2000 g schwere, 42 cm lange weibliche Frucht entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Placenta ergab: primäre Gefäßveränderungen, Wucherung der Intima, Vermehrung und Abstoßung der Endothelien, kleinzellige Infiltration der Getäßwandungen mit Übergreifen auf das Nachbargewebe, teilweise Veränderungen des Epithelüberzugs der Zellen, diffus gefärbte, undeutliche schollige Massen zwischen den Zellen. Diese scholligen Massen mögen Fortsätze der Decidua sein und werden beweisen, daß dieselbe selbst erkrankt war. *Seifert-Würzburg.*

Über den chemischen Nachweis des Chroms im Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis, von Dr. E. Güntz in Dresden. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 5) Nachdem es bis jetzt dem Verf. nicht gelungen war, die Chromsäure beim Menschen nach Gebrauch seines Wassers, im Urin nachzuweisen, indem nach seiner Ansicht das Kali bichromicum mit Leim und Leim gebenden Geweben feste Verbindungen eingeht, worauf auch die Wirkung bei der Syphilis beruhen soll, vermochte er bei einem Patienten nach Verbrauch von 200 Flaschen Chromwasser innerhalb 75 Tagen in einem Liter Harn die Chromsäure nachzuweisen.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Lues des Herzens von der klinischen Seite betrachtet, von Prof. G. A. Sacharjin in Moskau. (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* Bd. 46. Heft 3 u. 4.) Verf. beschreibt mehrere Fälle von Syphilis des Herzens. Meist beobachtete er eine gleichzeitige syphilitische Erkrankung der Muskulatur und der Nerven dieses Organs. Für die Diagnose wichtig sind Syphilis anderer Organe, die Anamnese und geringe Wirkung einer nicht spezifischen Therapie. Zur Wiederherstellung des Kranken pflegt eine Jodtherapie allein ausreichend zu sein. *Leistikow-Hamburg.*

Überraschungsirrtümer bei der Diagnose des indurierten Schankers, von Prof. Fournier, Paris. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 42.) Fournier machte in einer klinischen Vorlesung auf folgende drei Ursachen der unrichtigen Diagnose eines indurierten Schankers aufmerksam:

1. Auf künstliche Art bewirkte Induration. Eine solche entsteht, wenn irgend ein Substanzverlust kräftig geätzt wird, z. B. mit Arg. nitr., Karbolsäure, Essigsäure, Alkohol etc. Man mufs also den Pat. daraufhin stets genau ausfragen.

2. Noduläre Lymphangitis bei Tripper. Besteht eine Phimose, so dafs man den Knoten nicht sehen kann, und ist nur ein Knoten zu fühlen, mufs man sekundäre Symptome abwarten; sind mehrere Knoten vorhanden, ist Lues auszuschliefsen. Ist keine Phimose vorhanden und kann man den Knoten sehen, so kann derselbe ulceriert sein und aussehen wie ein Ulcus durum. Die Anamnese gibt dann häufig Aufschlufs, da ja das Ulcus syphil. nur dadurch entsteht, dafs ein harter Knoten aufbricht.

3. Durch Scabies erzeugtes Ulcus. Die Anwendung einer Schwefelsalbe gibt bald Aufschlufs, indem die durch Scabies entstandenen Defekte heilen, das syphilitische Ulcus nicht. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Progressive Ernährungsstörungen.

II. Benigne.

Über Elektrolyse warziger Gebilde, von Dr. Ehrmann. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 49.) Vortrag, gehalten im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium am 21. Dezbr. 1889. Redner verzichtet bei der Behandlung von Warzen etc. mittelst Elektrolyse auf das Einstechen des positiven Poles, weil die Schmerzen an der Einstichstelle zu grofse sind und man es bei der starken Reaktion und der intensiven Oxydation zu wenig in der Hand hat, Narbenbildung zu vermeiden. Er legt darum den + Pol als einfache nasse Schwammelektrode auf eine indifferente Stelle.

Bei weichen Papillomen geschieht der Einstich nicht wie bei Voltolini flach im Niveau der Haut, sondern schräg und senkrecht durch die Basis unter das Niveau der Haut, so dafs die Spitze der Nadel die Keimlager von Rundzellen trifft, aus welchen die Papillome, wenn sie nicht tief genug abgetragen werden, immer wieder emporwuchern.

Redner konnte die Wirksamkeit der elektrolytischen Behandlungsmethode ferner erproben bei spitzen Kondylomen der Fossa navicularis. Bei Pigmentmälern des Gesichts sticht Redner mehrere Nadeln parallel zur Richtung der Haarbälge und in die Richtung der Haarbälge selbst ein und hat so niemals Narbenbildung beobachtet. *Dreckmann-Recklinghausen.*

III. Pigmenterkrankungen.

Über die Canities, von H. Leloir und Vidal. (*France médic.* No. 16. 18. April 1890.) Wenn man von der angeborenen Canities abstrahiert, welche nur ein Symptom von Albinismus oder angeborener Achromasie ist, so kann man die Canities in senile und frühzeitige einteilen.

I. Die **senile Canities** beginnt gewöhnlich gegen das dreifsigste oder vierzigste Jahr, gewöhnlich in der Gegend der Schläfen, und gewinnt nach und nach

den Scheitel des Kopfes. Beim Barte tritt sie später auf, aber greift rascher um sich; sie beginnt in gleicher Höhe mit dem Kieferwinkel; die Partieen, die gewöhnlich nicht rasiert werden, der Schnurrbart, der Backenbart, behalten ihre Farbe länger.

Nach H. Leloir und Vidal beginnt die Entfärbung der Kopfhaare und der übrigen Haare an der Wurzel. Diese Entfärbung rührt vom Mangel der Pigmentkörnchen in dem Haarschaft her. Wie Ehrmann es gezeigt hat, kann die Haarpapille reich mit Pigmentzellen versehen sein, obgleich der Haarschaft derselben vollständig entbehrt. Es ist also nicht erwiesen, wie gewisse Dermatologen behaupten, dafs die Canities einzig und allein vom Verschwinden des Pigments aus der Papille des Haares abhängt.

II. Die **frühzeitige Canities** umfafst mehrere Arten:

A. Die erbliche Canities.

B. Die akute Canities.

Die Haare können in sehr kurzer Zeit weifs werden; selbst im Zeitraum einer halben Stunde (Fall von Varry, Dublin, *Medical Press*, 8. Mai 1861). Die Autoren citieren zahlreiche historische Beispiele. Bei verschiedenen Fällen rührt die Kahlköpfigkeit von der plötzlichen und aufserordentlichen Entwickelung von Luftbläschen in dem Haarschaft her.

C. Die Canities bei Affektionen des Nervensystems.

Diese kann partiell und mit Vitiligo verbunden sein; diese Varietät ist ziemlich häufig bei Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tabes dorsalis, Gehirntumoren, sehr schmerzhafter Neuralgie, bei häufigen Anfällen von Migräne. H. Leloir hat gezeigt, dafs im Niveau der Plaques von Vitiligo die Hautnerven von parenchymatöser Neuritis ergriffen waren und dafs die Haare gänzlich des Pigments entbehrten.

D. Die Canities im Verlauf oder infolge von schweren Krankheiten.

Typhoide Fieber, Typhus, Scharlach; der Fall ist ziemlich selten.

E. Die symptomatische Canities bei einer Hautaffektion.

Die Malaria in allen ihren Formen hat a's Symptom eine partielle Canities. Bei Leuten, die das mittlere Alter überschritten haben, kann diese Canities unbestimmte Zeit dauern. Die Epilation der weifsen Haare und das wiederholte Blasenziehen befördern die Wiederfärbung.

III. **Canities, verbunden mit Ringelhaaren.**

Bei dieser seltenen Varietät zeigen die Haare abwechselnd gefärbte und weifse Segmente, aber behalten ihre cylindrische Form bei, wodurch sie sich von den moniliformen Haaren unterscheiden. *E. Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von Dr. L. Philippson-Hamburg.)

Gegen **Sommersprossen** wird folgendes Mittel empfohlen:

B. Ammon. chlorat.	4,0
Acid. muriat	5,0
Glycerin	30,0
Lact. virgin.	50,0

M. D. S. Morgens und abends zum Einpinseln der Sommersprossen.

Auch werden zur Entfernung von Sommersprossen (in *The Cincinati Lancet-Clinic*) Waschungen mit gleichen Teilen von Milchsäure und Glycerin empfohlen.

Dreckmann-Recklinghausen.

Pigmentation der Haut nach innerlichem Arsengebrauch, von Dr. Haffler. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 39.) Verf. teilt 2 Fälle aus seiner Erfahrung

mit, bei denen nach Gebrauch von Sol. Fowleri dreimal täglich 5—10 Tropfen, eine derartige Pigmentablagerung in der Haut stattgefunden hatte, dafs in dem einen Falle die Farbe derselben die eines hochgradig ausgeprägten Morbus Addisonii war, während in dem andern Falle der dunkle Gesichtsteint auffiel und Hals und Rumpf geradezu erstaunliche Pigmentablagerungen aufwiesen. In dem ersteren Falle war der Arsenik 2—3 Jahre lang, in dem zweiten 4 Monate lang genommen worden.

Dreckmann-Recklinghausen.

Regressive Ernährungsstörungen.

II. Specifische.

Über Ainhum und kongenitale Amputation, von Dr. Jules Rouget. (*Gaz. des Hopitaux.* Sept. 10. 1889; nach dem *Occid. med. Times.* Jan. 1890.) Das Leiden ist zuerst von Dr. da Silva Lama, einem brasilianischen Arzte, beschrieben worden. Dasselbe besteht in der Entwickelung narbiger Abschnürungen an einzelnen Zehen, welche schliefslich zur Spontanamputation derselben führen. Am häufigsten sind es die kleinen Zehen, welche befallen werden, gelegentlich auch der vierte. Die Krankheit ist bisher nur bei Negern beobachtet worden. Der kürzlich aufgestellten Behauptung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Ainhum und kongenitalen Amputationen tritt Verf. (Dr. Jules Rouget) entschieden entgegen, wobei er sich auf folgende Gründe stützt: Ainhum kommt nur bei Erwachsenen vor, nie früher als im zwölften Lebensjahr, betrifft meistenteils das männliche Geschlecht, ist eine Krankheit ausschliefslich der Negerrasse, befällt nur die Zehen, von denen der fünfte gewöhnlich allein betroffen ist; dabei kommt es auch vor, dafs die Zehen erst des einen, dann des anderen Fufses ergriffen werden. Ferner ist hervorzuheben, dafs Ainhum sich als eine ringförmige Furche, welche zwar nie rapide, aber stets unaufhaltsam das betroffene Glied abschnürt, äufsert, ohne dafs es dabei zu irgend welchen anderen Mifsbildungen kommt. Demgegenüber ist von den kongenitalen Spontanamputationen hervorzuheben, dafs dieselben bei beiden Geschlechtern gleich häufig vorkommen, bei weifsen sowie bei schwarzen Rassen auftreten, dafs keine Beschränkung auf die Zehen statt hat, im Gegenteil die Läsionen stets multiple sind. Dabei zeigen die Einschnürungen keine Neigung zum Weiterschreiten, sondern verwischen sich mit der Zeit immer mehr. Auch sind Komplikationen mit Klumpfufs, Hydrocephalus, Spina bifida oder Ulcus perforans durchaus nicht selten. *Philippi-Nieheim.*

Beitrag zum Studium der Muskelveränderungen bei Sklerodermie, von G. Thibierge. (*Rev. de Méd.* No. 4, 10. April 1890.) Bei der Sklerodermie mufs man aufser der allgemeinen, durch den Druck hervorgerufenen Atrophie der Muskeln, aufser der lokalisierten, unterhalb der Hautplaques vorkommenden Atrophie, welche, wie die Hautplaque selbst, von dem Weiterschreiten der Endo- und Periarteriitis der Arteriolen auf die Muskeln herrührt, noch eine 3. Form von Muskelveränderung unterscheiden, welche die Partieen der Glieder einnimmt, wo keine Hautsklerose vorhanden ist. Von dieser letzten Varietät gibt Verf. eine eingehende klinische Beobachtung und stellt mit ihr 4 andere in Parallele: von Westphal (*Casuistik in Charité Annal.* 1876 pag. 341, obs. I und II), Goldschmidt (*Rev. de méd.* Mai 1887, pag. 401), R. Schultz (*Neurol. Centralbl.* 1889, No. 12, 13, 14). In allen Fällen handelt es sich um junge

Individuen, welche von allgemeiner oder in multipeln Heerden auftretender Sklerodermie befallen waren und deren Gesicht die sklerodermatische Maske zeigte. Bei allen war die Haut pigmentiert, was in dem Falle von SCHULTZE irrtümlich die Diagnose auf Morb. Addisonii stellen liefs. In allen Fällen endlich waren die sehr ausgesprochenen Muskelveränderungen, welche durch die Induration, Retraktion und Atrophie der Muskeln charakterisiert waren, unabhängig in ihrer Lokalisation von den Hautveränderungen. Man mufs ohne Zweifel einige Thatsachen heranziehen, wo man Sehnenverkürzungen gefunden hat (BELL, GASKOIN, SENATOR); die getrennt auftretenden Myopathien sind also häufiger, als man denkt. Die pathol.-anatomischen Befunde sind nicht ausführlich genug. Man hat peri- und intramuskulöse Sklerose konstatiert mit variablen Veränderungen der Fiber. Rühren diese Veränderungen von einer primären Nervenläsion oder von einer Endarteriitis her? Wahrscheinlich ist beides der Fall. Diese lokalisierten Myosklerosen beweisen wiederum, dafs die Sklerodermie nicht eine einfache Hautkrankheit ist, sondern dafs die Dermatose nur sekundär und so gut wie eine Komplikation eines allgemeineren und wichtigeren Prozesses ist, dessen genaue Natur und Ursachen noch lange nicht klargelegt sind.

Dr. E. Jeanselme-Paris.

Übersetzt von L. PHILIPPSON in Hamburg.

Bakteriologisches.

Untersuchungen über einige Bakteriengattungen mit Mycelien, von ERNST ALMQUIST. (*Zeitschr. f. Hygiene.* Bd. VIII. 2. Heft.) Verf. beschreibt drei Bakteriengattungen, welche zum Genus Streptothrix gehören. Bei der ersten Gattung fand ALMQUIST bald ein verzweigtes einzelliges Mycel, bald bacillenähnliches Aussehen. Die bacillenähnlichen Formen können sich durch Einteilung des Fadens in kürzere Zellen bilden. (BREFELDS Oidien.) Einige der letzteren sind sehr klein und auf eine bestimmte Art keimend, sie können Oidiensporen genannt werden. Die zweite Gattung fand ALMQUIST in dem Eiter des Gehirns von einem an Cerebrospinalmeningitis Verstorbenen. Das Mycel besteht aus ungegliederten Fäden mit echten zahlreichen Verzweigungen. Makroskopisch bildet die Kolonie auf der Oberfläche eine kreideweifse Kruste, welche von Luftfäden gebildet wird. Diese teilen sich in kleine ovale Zellen, (hängender Tropfen), aus welchen schon nach 2 Tagen ein neuer verzweigter Faden gebildet wird. Die dritte Gattung fand der Autor bei der Wasseruntersuchung. Das Mycel besteht aus feinen Fäden mit kurzen und längeren Zweigen. Die Luftfäden fand ALMQUIST noch nicht in kleine Zellen geteilt.

Leistikow-Hamburg.

Sekretionsanomalien.

Über einen Fall von katamenialer Chromhidrose, von E. BARIÉ. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. Heft 12.) Der Fall, der in mehrfacher Beziehung von den bis jetzt bekannten Beobachtungen abweicht, betraf eine 24jährige, und abgesehen von Nervosität — sie ist leicht zum Weinen geneigt und zittert schon bei mäfsiger

Erregung — gesunde Frau ohne erbliche Belastung. — Im Juli 1889 zeigte sich, während der Menses, die Chromhidrose zum erstenmal und ist seitdem regelmäfsig mit jeder Menstruation wiedergekehrt. Der Sitz dieser Anomalie war abwechselnd, im Juli die linke Hand, im August die rechte, im September wieder die linke u. s. f. Die chromhidrotischen Flecke, die auf dem Handrücken und der Hohlhand safsen, zeigte eine gelb-braune Färbung; so lange dieselben bestanden, litt Patientin an heftigem Schwindel und Sehstörungen; der Appetit war fast ganz verschwunden. In der erkrankten Hand, die gleichzeitig reichlich schwitzte, hatte sie die Empfindung von Ameisenkriechen und verspürte schmerzhaftes Jucken. — Verf. gelang es nun, diese chromhidrotischen Flecke durch kräftiges Reiben mit einem Öllappen zum Verschwinden zu bringen, während der Lappen nun seinerseits rostfarbene Flecke darbot, die, mit verdünnter Schwefelsäure behandelt und mäfsig erhitzt, tiefbraun, fast schwarz wurden. Von der nunmehr getrockneten Leinwand liefsen sich durch leichtes Kratzen schwärzliche Partikelchen entfernen, die sich unterm Mikroskop als kleine amorphe, lebhaft gefärbte und mit Bruchstücken von Epidermiszellen vermischte Körperchen erwiesen. — Von den bislang bekannten, ziemlich zahlreichen Fällen von Chromhidrose weicht nun diese Beobachtung einmal durch den Sitz des Leidens an den Händen ab, während dasselbe sonst nur im Gesicht und am Halse vorkam. Auch die gelblich braune Färbung ist eine Seltenheit, da die meisten Beobachter nur von blauer oder schwarzer Chromhidrose zu berichten wissen. Am auffälligsten aber erscheint das abwechselnde Befallenwerden der beiden Hände, wofür Verf. aus der ganzen Litteratur nur ein Analogon anzuführen imstande ist. — Über das Zustandekommen der Chromhidrose herrscht unter den Dermatologen noch ziemliche Unklarheit; von den Einen werden die Talgdrüsen, von den Andern die Schweifsdrüsen beschuldigt. Vach Verf. darf die Chromhidrose auf keinen Fall einfach mit den gefärbten Schweifsen identifiziert werden, denn letztere bilden nur immer eine vorübergehende Erscheinung und treten bei den verschiedenartigsten Zuständen auf, erstere dagegen hat eine Jahrzehnte lange Dauer und widersteht jeder Behandlung; bei ihr bildet die Schweifsfärbung nur einen Teil der Erkrankung während nervöse Einflüsse hier sicher eine grofse Rolle spielen.

Türkheim-Hamburg.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Blennorrhagie und Komplikationen.

Über die Wirkung des Thallinum sulfuricum bei Gonorrhöe, von Schuppert. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.) Die Dissertation ist auf Anregung des Ref. verfafst und berichtet über 22 Fälle von akuter Gonorrhöe, welche mit Thall. sulfur. behandelt wurden. Es kamen 1—2%ige Lösungen zur Anwendung; sie wurden ausnahmslos gut vertragen und wirkten in keiner Weise reizend auf die Schleimhaut der Urethra. Im Durchschnitt nach 6½ Tagen waren die Gonokokken aus dem Sekret verschwunden. Zur Nachbehandlung werden noch Adstringentien angewandt. In einem Teil der Fälle wurde Thallin in Dosen von 0,25, 3—4mal auch innerlich gegeben.

Seifert-Würzburg.

Verschiedenes.

Ein Anästhesierungsverfahren bei kleinen Operationen, von Dr. A. Dobisch. (*Allgem. Med. Central-Ztg.* 1890. 44. Stück.) Zur völligen 2—4—6 Minuten dauernden Anästhesie der Haut bei kleineren Operationen empfiehlt der Autor eine etwa eine Minute dauernde Einstäubung mittelst des Richardsonschen Sprays von: Chlorof. 10,0, Aeth. sulf. 15,0, Menthol 1,0. *Leistikow-Hamburg.*

Korrespondenz.

New York, 42 E. 22 dh. May 9, 1890.

An die Redaktion der

„Monatshefte für Praktische Dermatologie",

Hamburg.

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dafs ein in den Hauptzügen mit dem in No. 8 der *Monatshefte* von Dr. N. Fedschenko beschriebenen Endoskop-Karunkulotom identisches Instrument bereits vor längerer Zeit von mir angegeben und benutzt wurde. Ein darauf bezüglicher Artikel wurde von mir im hiesigen *Medical Record*, August 6, 1881 (Vol. XX. No. 6) veröffentlicht, mit Abbildung des Instrumentes.

Es ist wohl selbstverständlich, dafs Herrn Dr. Fedschenko mein Artikel völlig unbekannt gewesen ist; auch möchte ich keineswegs grofses Gewicht auf die Sache legen.

Mit gröfster Hochachtung und kollegialischem Gruſs

Ihr ergebener

Dr. Hermann G. Klotz.

Herr Dr. Lutz in Honolulu

ersucht die verehrlichen Leser der *„Monatshefte für Praktische Dermatologie"*, welche über Lepra publizieren, sei es in deutscher oder englischer Sprache, um gefällige Einsendung ihrer Publikationen womöglich in 2 Exemplaren (eins davon für den Board of Health).

Herr Dr. Lutz ist auch bereit, eventuell zweckmäfsig erscheinende Medikamente auf ihre Wirksamkeit bei Lepra zu erproben.

Zusendungen vermittelt auf Wunsch die Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 18.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 2. 15. Juli 1890.

Zur Kasuistik des Rhinoskleroms.

Von

Dr. A. Lutz,
zur Zeit in Honolulu.

Der folgende Fall dürfte wegen des Ortes der Beobachtung und der Rasse des Befallenen eine kurze Mitteilung rechtfertigen. —

Florentino, brasilianischer Neger, 30 Jahre alt, bemerkte vor zwei Jahren und sechs Monaten den Beginn der gegenwärtigen Affektion. Dieselbe befiel zuerst die Oberlippe und das linke Nasenloch, kroch dann in dasselbe hinein und ging im Verlaufe des nächsten Jahres auch auf das rechte Nasenloch über. Seit einigen Monaten sind beide äußeren Nasenöffnungen total verschlossen. Die Affektion im Halse soll schon vor 1—1½ Jahren aufgetreten sein.

Status praesens: Der Nasenrücken zeigt die der Rasse eigentümliche, abgeplattete und verbreiterte Form in übertriebenem Maße; der knorpelige Teil der Nase ist diffus verdickt und bietet eine vermehrte Resistenz; dieselbe erreicht nahezu die Härte eines Chondroms. Besonders auffallend ist sie an den Nasenflügeln, welche sehr stark aufgeworfen sind und in ihrer äußeren Hälfte eine Dicke von 1—2 Centimeter zeigen; dabei ist das Lumen der Nasenlöcher beiderseits total verlegt. Die Nasenspitze ist etwas herabgezogen, die Nasolabialfalten sind sehr stark vertieft und auffällig. Die obere Hälfte der Oberlippe zeigt eine, etwa bis zur Mitte herabreichende, leicht gerötete Infiltration, welche nicht ganz scharf abgesetzt ist und sich etwa wie ein Cancroid anfühlt. An einigen Stellen sind Narben von Ätzungen zu finden. Mundhöhle und harter Gaumen scheinen normal; dagegen fehlt die Uvula und das Gaumensegel ist verkürzt und straffer, aber nicht verdickt, sondern eher verdünnt.

Als ich den Kranken vor circa 4 Jahren sah, war er teils in Limeira, teils in der Hauptstadt San Paöla vielfach Gegenstand ärztlicher Behandlung gewesen. Die Diagnose wurde abwechselnd auf Krebs und Syphilis gestellt. Nur ein in Europa gebildeter Kollege, Dr. Verguerro, erkannte die Krankheit und machte mich auf den seltenen Fall aufmerk-

sam. Meine Diagnose lautete ebenfalls ganz unzweifelhaft auf Rhinosklerom und ich stellte mir die doppelte Aufgabe, einerseits das Lumen der Nasenlöcher wiederherzustellen, und anderseits womöglich den Prozefs selbst zur Heilung zu bringen. Während mir ersteres durch allmähliche Dilatation, medikamentöse Tampons, Einlegen von Federposen verschiedener Stärke in sehr befriedigender Weise gelang und ich die eigentlichen Nasengänge vollständig frei fand, war ich in der zweiten Beziehung weit weniger glücklich. Salicyl-Karbolsäure, Pyrogallol und Chrysarobin, sowie Sublimat wurden in wechselnder Form versucht, und wenn auch kein Fortschritt des Prozesses stattfand, so wurde auch in langer Behandlungszeit kein wesentliches Resultat erzielt, soweit sich die Behandlung auf die äufsere Haut und nicht blofs auf die Schleimhaut erstreckte. Auch die von DOUTRELEPONT empfohlene Behandlungsweise ergab keine Wirkung, die mit den von ihm berichteten günstigen Ergebnissen verglichen werden könnte. Leider verlor ich den Kranken nach mehrmonatlicher Behandlung infolge seiner Abreise definitiv aus den Augen.

JUN 8 1897

Obgleich die so eigentümliche, lokalisierte, langsam fortschreitende Infiltration mit ihrer charakteristischen Härte, zugleich mit der Verschliefsung der Nasenlöcher und der Schrumpfung des weichen Gaumens,[1] eine andere Diagnose kaum aufkommen liefs, so wünschte ich doch auch die anatomische Untersuchung vorzunehmen. Ich excidierte zu diesem Zwecke ein elliptisches Stückchen vom Rande der Affektion und wählte dazu die Oberlippe, weil dort eine Heilung per primam am leichtesten erschien. Dieselbe erfolgte auch ohne Schwierigkeiten. Das excidierte Stückchen wurde in Alkohol gehärtet und Schnitte davon teils in ungefärbtem Zustande untersucht, teils nach den verschiedenen Methoden gefärbt. Trotz der gröfsten Sorgfalt konnte indessen der charakteristische Bacillenbefund nicht erhoben werden, wohl aber fanden sich die bekannten hyalinen Kugeln, teils zerstreut, teils in Gruppen, immerhin aber ziemlich spärlich. Die Rundzellen, welche den Hauptbestandteil der Geschwulst bildeten, gingen stellenweise in mehr oder weniger gestreckte Rundzellen über; dazwischen fanden sich auch Züge von welligem Bindegewebe. Ich hatte späterhin Gelegenheit, Rhinosklerompräparate von CORNIL zu studieren, und fand dieselben mit den meinigen bis auf den Bacillenbefund vollständig übereinstimmend. Durch diese Beobachtung dürfte das Vorkommen von Rhinosklerom auch für Brasilien erwiesen sein. Indessen mufs es auch da wenigstens in dem centralen Teile des Landes — wie ja fast überall — eine sehr seltene Erkrankung sein,

[1] Diese mehrfach erwähnte Veränderung scheint dem Rhinosklerom eigentümlich und hat wohl öfters die sonst kaum zu rechtfertigende Verwechslung mit Syphilis veranlafst.

da es mir nicht gelang, einen anderen floriden Fall aufzutreiben. Wohl aber hatte ich Gelegenheit, einen Herrn italienischer Abstammung zu untersuchen, der nach der Anamnese und der Schilderung seines Arztes früher an typischem Rhinosklerom gelitten hatte. Während eines der an seinem Wohnorte (Campinas) häufigen, mehrwöchentlichen Fiebers hatten sich bei ihm alle Erscheinungen gänzlich zurückgebildet, und waren auch in längerer Zeit nicht wiedergekehrt.

Diese merkwürdige Beobachtung, verbunden mit dem widersprechenden Resultate derselben Behandlung in den Fällen von DOUTRELEPONT und mir, legt den Schluſs nahe, daſs ähnlich wie bei Lupus erythematodes, auch hier in der Heilbarkeit groſse Unterschiede vorkommen.[2] Es dürfte daher auch das Rhinosklerom zu den Krankheiten gehören, bei welchen die anatomische und ätiologische Forschung sich der Vollendung nähert, während die Therapie ihrem Ziele einer sicheren, raschen und definitiven Heilung noch fern steht.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Lymphangioma circumscriptum.

Von

FINCH A. NOYES und Dr. LUGWIG TÖRÖK.

I. Teil von FINCH NOYES.

Bevor wir zur Schilderung des klinischen Verlaufs und der histologischen Verhältnisse des kürzlich von uns beobachteten Falles schreiten, halten wir es für angezeigt, einen wenn auch kurzen Überblick der bisher beschriebenen, wenigen Fälle dieser Affektion zu geben. Auſser den zur selben Kategorie gehörigen Fällen, zu welchen wir den unsrigen rechnen, sind andere Beispiele von diversen, das Lymphgefäſssystem der Haut betreffenden, Krankheiten von einer gewissen Ähnlichkeit mit dem unsrigen unter verschiedenen Namen beschrieben worden, und wir möchten, um Vergleiche ziehen zu können, auch auf diese verweisen. Derartige Mitteilungen sind

[2] Trotz der vielfachen Arbeiten über den Gegenstand fehlt es auch an neueren Berichten über günstige Resultate.

in England von TILBURY und COLCOTT FOX, HUTCHINSON, MALCOLM MORRIS, WALSHAM [1], HAYES [1], CROCKER [1] und HOGGAN und auf dem Festland von KÖBNER, KAPOSI, POSPELOW und VAN HARLINGEN veröffentlicht worden.

Fall I. [2] Patient war ein 10jähriger Knabe. Allgemeiner Gesundheitszustand befriedigend. Vor einem Jahre entwickelte sich auf dem Kinn ein warzig aussehender Ausschlag, der seitdem sich nur sehr langsam ausgebreitet hat. Auf der Mitte des Kinnes zeigte der Knabe einen ungefähr zweimarkstückgroſsen Fleck, der aus zusammengewachsenen Anhäufungen von kleinen Papeln besteht. Beim ersten Anblick erinnerten dieselben an flache Warzen, bei genauerem Zusehen aber fand man keine Anzeichen von papillomatöser Wucherung. Dagegen waren viele der kleinen Erhebungen durchscheinend und enthielten offenbar Flüssigkeit — wie denn auch bei mehreren verschiedenen Gelegenheiten wiederholt einige dieser mikroskopischen Cysten angestochen wurden, worauf sich eine klare Flüssigkeit entleerte. — Nach der Entleerung füllten sie sich stets mit Blut an. Die Spitze der kleinen Papeln war mit Büscheln von Gefäſsen besetzt. Diese Büschel waren meistenteils von hellroter Farbe, doch boten sie auch Abstufungen in der Intensität dar, indem einige derselben blaurot waren. Der ganze Fleck erhielt durch dieselben ein fast erdbeerartiges, kräftig geflecktes Aussehen. — Wenn man sie mit einem Vergröſserungsglase betrachtete, so erkannte man, daſs sie aus minimalen Büscheln von Kapillaren, von denen viele ihrer Kleinheit wegen mit dem unbewaffneten Auge nicht wahrgenommen werden konnten, und von denen die gröſsten wenig gröſser als stecknadelkopfgroſs waren, zusammengesetzt waren.

Fall II. [3] Patient war ein 7jähriger Knabe; der Ausschlag hatte 3 bis 4 Jahre bestanden und hatte sich zuerst nach einem Fieberanfall eingestellt. Der auf der linken Schulter lokalisierte Fleck war von der Gröſse des Handtellers. Derselbe war aus Anhäufungen von teils isolierten, teils beisammenstehenden und konfluierenden Flecken zusammengesetzt. Diese Anhäufungen waren teils rundlich, teils ganz unregelmäſsig gestaltet und bestanden alle aus blassen ungefähr stecknadelkopfgroſsen Flecken, welche nur sehr wenig prominierten, und von denen viele ein durchscheinendes Aussehen hatten, während einzelne blutig gefärbt waren. Zwischen den Haufen war die Haut von blasser Farbe. Daſs viele der Flecke wirkliche Bläschengebilde darstellten oder jedenfalls Flüssigkeit enthielten, lieſs sich leicht beweisen, indem man sie mit einer Lupe betrachtete oder sie anstach, worauf sich eine klare Flüssigkeit entleerte, welche unterm Mikroskop lymphoide Zellen aufwies. Papilläre Auswüchse waren nicht vorhanden. An vielen der Flecke hatten sich minimale Ecchymosen entwickelt, und an einigen waren Gefäſsbüschel zu sehen, doch schien das Blut in den meisten derselben koaguliert zu sein. Um und zwischen den Papeln war die Haut von normaler Beschaffenheit und zeigte nur ganz in der Nähe der Flecke eine geringe Kongestionierung. Der Charakter des Ausschlags zeigte an allen Stellen eine auffallende Übereinstimmung; die hauptsächlichste Abweichung bestand in dem Vorhandensein bezw. Fehlen von Kapillarbüscheln und Bläschen. Nach zwei-

---

[1] Diese Fälle wurden in ärztlichen Gesellschaften in London demonstriert, doch sind wir nicht imstande gewesen, genauere Details auſser der Diagnose zu erhalten; auſserdem die Bemerkung in CROCKERS Handbuch, daſs WALSHAMS Fall vielleicht kongenital war und derjenige C.s im sechsten Monat nach der Geburt seinen Beginn hatte.

[2] HUTCHINSON, *Path. Soc. Trans.* Vol. XXXI. pag. 342.

[3] Ebenda pag. 344.

jähriger Beobachtung war keine wesentliche Veränderung des Zustandes zu konstatieren.

Fall III.[4] Derselbe betraf einen jungen Mann. Der krankhafte Fleck bedeckte den gröfsten Teil der Schulterblattgegend und erstreckte sich über die Grenzen der Achselhöhle. Derselbe ist vor mehreren Jahren zuerst bemerkt worden und hat sich seitdem allmählich immer mehr ausgebreitet. In der Umgebung der Affektion sind zu verschiedenen Malen Anfälle von Entzündung von einem fast erysipelatösen Charakter aufgetreten. Die pathologischen Veränderungen bieten ein ähnliches Aussehen wie bei den Fällen I und II dar. Die Bläschen zeigen eine auffallende Persistenzfähigkeit und brechen nicht leicht auf. Sie beginnen an einer einzelnen Stelle und breiten sich allmählich durch das Entstehen kleiner Nebenflecke in peripherer Richtung aus.

Hutchinson meint, dafs seine Fälle mit dem von Fox beschriebenen Fall von Lymphangiectodes übereinstimme und dafs dieselben einen lupusartigen Charakter besitzen, nur sei in F.s Fall die Affektion in Verbindung mit einem kongenitalen Naevus entstanden, ebenso wie man Fälle konstatiert hat, bei denen Lupus erythematosus sich auch auf derartigen Naevusflecken entwickelte.[5] Er bezeichnet seine Fälle mit dem Namen: Lupus lymphaticus.

Fall IV.[6] Daisy W., 7 Jahre alt; eine schmächtige, zarte Blondine. Auf der oberen Hälfte des linken M. trapezius findet sich ein vom vierten Halswirbel bis auf ein Zoll Entfernung vom Processus acromialis sich ausdehnender Fleck, welcher aus Häufchen von Bläschen besteht und bei oberflächlicher Betrachtung an eine Ansammlung von Warzen erinnert. Beim Anstechen entleeren diese Bläschen eine klare, eiweifshaltige Flüssigkeit. Auf ihrem Apex, sowie auch zwischen ihnen verstreut, sieht man Büschel von injicierten Blutkapillaren, wodurch der Ausschlag einen gemaserten Anstrich erhält. Dicht neben dem Hauptfleck finden sich einige isolierte Gruppen von ähnlichen Bläschen.

Fall V.[7] J. W. Commis, 21 Jahre alt. — Anamnese: Patient, ein auf der Insel Mauritius geborener Engländer, hatte zwei grofse „Feuermale" auf dem linken Oberschenkel mit auf die Welt gebracht, doch waren dieselben bis zu dieser Zeit unverändert geblieben. Als der Kranke 6 Monate alt war, begannen die Venen der linken Wade sich auszudehnen, Veränderungen der Lymphgefäfse waren aber erst 18 Monate später zu erkennen. Nach dem Berichte der Mutter entwickelten sich kleine „warzenartige" Gebilde zuerst auf der Haut der linken Hinterbacke, der Beugefläche des linken Knies und um die linke Hälfte der Gegend um den After. Niemals aber waren diese kleinen Neubildungen auf den zu den Naevis gehörenden Gebieten lokalisiert. Gleichzeitig erkrankte Patient an einer Art „schleichenden Fiebers", welches 6 Monate anhielt und ihn aufserordentlich schwächte. Ähnliche Anfälle sollen sich im 7., 11., 15. und 19. Lebensjahr wiederholt haben, wodurch er jedesmal sehr viel einbüfste, und während deren Dauer die „warzigen" Gebilde gröfser wurden. Die Anamnese ergab keinen Anhalt für irgend welche Drüsenaffektionen der Leiste. Von Zeit zu Zeit sind winzige Warzen und nävoide Flecke fortwährend auf der Rückseite der Extremität zum Vorschein gekommen; letztere sind anfangs von lebhafter Farbe,

---

[4] Hutchinson, *Illustrations of Clinical Surgery.* Vol. II. pag. 149. Tafel LXXXVI.
[5] Hutchinson, *Clinical Lectures.* Vol. I. *Rare diseases of the skin.* pag. 284.
[6] Malcolm Morris, Lymphangioma circumscriptum. *Intern. Atlas of Rare Skin Diseases.* No. 1.
[7] Tilbury Fox und T. Colcott Fox, Lymphangiektodes. *Path. Soc. Trans.* Vol. XXX. pag. 470.

blassen aber allmählich ab und nehmen eine mattere Färbung an. Patient hat nicht gefunden, dafs diese frischen Entwickelungen mit irgendwelchen deutlichen Fieberanfällen in Verbindung stehen.

Status praesens: Der Kranke ist hochgradig nervös. Auf dem linken Oberschenkel finden sich zwei grofse nävoide Gewächse („Feuermale"); desgleichen sind die drei lateralen Zehen derselben Extremität in gleicher Weise affiziert. Auf der hinteren Fläche des Ober- und Unterschenkels variköse Venen.

Neben und gröfstenteils völlig abgesondert von diesen nävoiden Affektionen, sind aufserdem noch gewisse warzenartige Gebilde zu konstatieren. Sie stehen in isolierten Anhäufungen zusammen, und zwar sind sie zwischen den Hinterbacken, oberhalb der Glutäalgegend und in der Kniekehle lokalisiert. Die zuerst befallenen Gebiete bestehen aus einer Unzahl von diskreten, flachen, papelartigen, zu Flatschen zusammengestellten Gebilden, wobei jeder einzelne Bestandteil der Masse wie eine winzige, blafsrosafarbene Warze von nicht mehr als Kleinstecknadelkopfgröfse mit einem vesikulösen Zentrum aussieht. Diese kleinen, cystenartigen Gebilde können gelegentlich Erbsengröfse erreichen. Der auf der unteren Falte der Nates gelegene Fleck hat Handtellergröfse und erhebt sich an der höchsten Stelle in der Mitte um einen halben Zoll über die Oberfläche. Beim Anstechen entleert sich der Inhalt der Bläschen in Form einer klaren wässerigen Flüssigkeit, welche Eiweifs und einige wenige lymphatische und epitheloide Zellen, aber keinerlei entzündliche Produkte oder Blutkörperchen enthält. Die linke Extremität ist kaum nachweislich gröfser als die rechte. [8]

Fall VI. [9] Dieser Fall ist nebst zwei anderen ähnlichen von Dr. Colcott Fox unter dem Namen „Lymphangiektasis" beschrieben worden. Patient, ein kräftiger, 9jähriger Knabe, hatte seit einem Jahre das Entstehn von purpurfarbenen Flecken und Warzen an seinen Fingern beobachtet. Zur Zeit der Untersuchung waren eine oder zwei Stellen auf der Mittelzehe des rechten Fufses in der Entwickelung begriffen. Die Finger dieses Knaben waren kalt und cyanotisch, dabei stark geschwollen. der Puls an der Radialis war klein. Der Kranke litt während des Winters viel an Frostbeulen. Zuerst traten winzige purpurne Punkte hervor, dann wurden dieselben prominent, und in der Umgebung schossen warzige Gebilde auf. Bei oberflächlicher Betrachtung sah das Ganze wie eine Kolonie gewöhnlicher Warzen aus. Diese Neubildungen waren in allen Entwickelungsstadien über dem Rücken, den Seiten und in geringerer Ausdehnung auf den Volarseiten der Finger verstreut zu sehen; sie bildeten durch Zusammenfliefsen unregelmäfsige, rauhe, warzige, purpurne Massen.

Dr. Fox erachtet diese Fälle als anatomisch identisch mit seinem Falle von Lymphangiektodes (Fall VI).

Fall VII. [10] John M., neun Jahr alt, war nach Angabe der Mutter im allgemeinen stets ein gesundes Kind gewesen, bis er mit sechs Jahren eine Attacke, wie es schien, von erysipelatöser Entzündung am Fufse und der unteren Hälfte des Unterschenkels der rechten Seite erlitt. Nachdem diese Entzündung sich wieder zurückbildete, blieben die befallenen Teile noch immer geschwollen, und eine grofse

---

[8] Dr. Colcott Fox teilt mir mit, er habe diesen Patienten vor ganz kurzer Zeit wiedergesehen und dabei konstatiert, dafs das erkrankte Bein eine erhebliche Hypertrophie seit der Veröffentlichung der Beschreibung erlitten habe.

[9] T. Colcott Fox, *Illustrated Med. News.* 27. Juli 1889. pag. 73.

[10] Hoggan, Multiple Lymphatic Naevi of the skin and their relation to some kindred diseases of the lymphatics. *Journal of Anatomy and Physiology.* Vol. XVIII. pag. 304.

Anzahl von Flecken von purpurner Färbung und der Gröfse einer halben Erbse wurden jetzt zum ersten Male bemerkt. Wenn er während des Tages viel auf den Beinen gewesen war, wurden die geschwollenen Teile gegen Abend sehr schmerzhaft. Im Jahre darauf wurde er von einem ähnlichen Anfalle von erysipelatöser Entzündung derselben Teile befallen, wodurch er gewungen war, vierzehn Tage das Bett zu hüten. Während der letzten paar Monate seines Aufenthaltes in London hatten sich mehrere ähnliche Anfälle ereignet und waren von Schmerzen und Ödem des Unterschenkels und des Fufsknöchels begleitet gewesen; mit Bezug auf die Flecke indessen meint seine Mutter, sie hätten sich seit der Zeit ihres ersten Auftretens in keinerlei Weise verändert. Diese Flecke, welche sich später bei einer histologischen Untersuchung als lymphatische Naevi herausstellten, erweiterten sich bei längerem Stehen oder Gehen, was sich auch künstlich hervorbringen liefs, indem man den Abfluſs des Lymphstromes nach oben verlegte. Wenn der Patient zu Bett liegt, so erscheint die Oberfläche der Haut am Fufs und Unterschenkel nur sehr wenig verändert, und die Flecke sind weder in Bezug auf Gestalt noch Farbe irgendwie auffällig.

Fall VIII.[11] Der 21jährige Patient ist schlecht genährt, etwas lordotisch und skoliotisch und zeigt eine mäfsige Atrophie der Muskeln des linken Armes und der betreffenden Extremität selbst. Bei der Geburt war Patient mit einem Tumor auf der Streckseite dieser Extremität behaftet. Die Venen von der Mitte des Armes bis auf den Handrücken herab sind dilatiert. Daneben finden sich an ihm einige cavernöse Angiome und eine Anzahl von Fibromen, und an den Nerven des linken Plexus brachialis sind multiple, schmerzhafte Neurofibrome zu fühlen. Aufser den pathologischen Veränderungen an den Blutgefäfsen und den Nerven finden sich noch kleine Gruppen von Bläschen von herpesartigem Aussehen. Einige derselben sind am Rande oder auf der Oberfläche eines Hämangiomes lokalisiert, andere wiederum auf kleinen, bräunlichen und ganz oberflächlich verdickten Flecken, und wieder andere sitzen auf ganz normaler Haut auf. Die Bläschen sind durchsichtig und entsprechen den ampullenförmigen Erweiterungen der Lymphcapillaren. Die Streckseite des betreffenden Vorderarmes und der Hand sind reichlicher mit Haaren versehen, als die der anderen Seite; auch schwitzt diese Seite leichter, und die Temperatur ist hier um ungefähr einen Grad höher.

Fall IX.[12] Patientin ist unverheiratet und hat sich bisher völligen Wohlbefindens erfreut. Über dem ganzen Rumpfe von der Beckengegend bis zu der Regio submaxillaris und auf dem Nacken bis an die Grenze der behaarten Kopfschwarte fanden sich hunderte von Knötchen von Linsengröfse oder etwas kleiner; sie waren rundlich, bräunlichrot, ziemlich glänzend, glatt, ohne Schuppen, flach oder mäfsig über das Hautniveau prominierend und stellten sich dem tastenden Finger als feste, elastische, runde Gebilde ohne genaue seitliche Abgrenzung dar. Bei Druck wurden sie nachweislich blasser. Während sie einerseits ins Corium eingelassen waren, so dafs sie nur im Vereine mit demselben gefafst werden konnten, und bis ins subkutane Zellgewebe nach abwärts hineinragten, bildeten sie nach aufsen die beschriebenen Erhebungen auf der Haut. Diese Knoten waren mit einiger Regelmäfsigkeit, aber ohne irgend welche besondere Anordnung ausgestreut und fanden

---

[11] Köbner, *Verhandlungen d. Berliner Med. Gesellschaft.* 1883. pag. 139. Der Fall ist auch ausführlich referiert in *Annales de Dermat. et de Syph.* Vol. V. 1884. pag. 293.

[12] Kaposi, Lymphangioma tuberosum multiplex. *Hebras Hautkrankheiten in der Übersetzung der New Sydenham Society.*

sich nur hier und da infolge beträchtlicher Reichlichkeit zu kleinen, unregelmäfsigen Gruppen zusammengereiht. An einigen Stellen sah man auch drei oder mehrere derselben in Bogenform beisammen stehen. Bei Berührung waren sie ein wenig schmerzhaft. Das Aussehen des Ausschlags erinnerte sehr an das eines reichlichen, linsenförmigen Syphilids; derselbe hatte von Kindheit an bestanden und hatte sich mit Ausnahme der numerischen Vermehrung nicht weiter verändert.

Fall X.[13] Patientin, eine 23jährige Jungfrau, suchte ärztliche Hülfe nach wegen papillomatöser Gewächse an den äufseren Genitalien. Das Leiden hatte seit fünf Monaten bestanden. Bei der Untersuchung fanden sich auch andere Tumoren, von denen der älteste sich an der Stelle des Überganges der Brusthaut in die Haut der linken Mamma befand. Derselbe hatte die Gröfse eines Taubeneies. Andere Geschwülste fanden sich über die gesamte Körperoberfläche verteilt. Der gröfsere Tumor war aus einer Anzahl kleinerer von Rapssamengröfse zusammengesetzt, indem dieselben sich zu einem Ganzen an einander anschlossen. Die kleineren Gebilde hatten ungefähr die Gröfse eines Rapssamens; sie konnten alle durch Aufdrücken entleert werden und füllten sich dann von selbst wieder. Verschiedene, dem auf der Brust ähnliche Tumoren in der Gröfse eines Rapssamens bis einer Haselnufs waren auch auf anderen Teilen des Körpers lokalisiert. Nicht affiziert waren die Handteller, Fufssohlen und Kopfschwarte. Die Farbe der Neubildungen war teils rosa, teils violett; einige waren etwas durchsichtig und entleerten auf Einschneiden eine kleine Quantität einer wolkigen Flüssigkeit, die aber zum gröfsten Teil von der Konsistenz frischer Gelatine war. Der auf der Brust lokalisierte Tumor war kongenital. Nach einigen Jahren stellte sich die Patientin in der Klinik wieder ein; die alten Geschwülste hatten sich nicht weiter verändert, doch waren neue inzwischen zum Vorschein gekommen, und einige entwickelten sich auch noch während ihres Hospitalsaufenthaltes.

Im Folgenden ist die Krankengeschichte eines kürzlich uns durch die Güte des Kollegen SANGSTER, dem wir auch für das zu mikroskopischen Untersuchungen nötige Material zu lebhaftem Dank verpflichtet sind, zur Beobachtung übermittelten Falles, wiedergegeben.

E. W., 10½ Jahr alt, gut entwickeltes Mädchen von gesundem Aussehen. Familienverhältnisse: gute; Phthise oder irgend welche anderen Konstitutionsanomalien nicht nachzuweisen. Keine Hautkrankheiten bei irgend welchen anderen Mitgliedern der Familie. Vorheriger Krankheitsverlauf: Vor sieben Jahren, als das Kind ungefähr drei Jahre alt war, fing der Ausschlag auf der linken Seite des Halses an. Die Mutter des Kindes hatte zuerst einen einzigen Fleck, welcher wie eine „Blase" aussah, bemerkt und hatte dessen Entstehung auf eine mögliche Verbrennung durch die abgefallene Zündmasse eines Streichholzes geschoben. Nach kurzer Zeit schossen indessen auch andere ähnliche Flecke auf, vergröfserten sich allmählich, so dafs einige die Gröfse einer kleinen halben Erbse erreichten. Durch Zusammengruppierung bildeten dieselben dann Flecke von etwas unregelmäfsiger Oberfläche und schmutziger Färbung, so dafs das Ganze wie eine Ansammlung von abgeplatteten Warzen aussah. In der Umgebung des Mutterflecks kamen später andere, kleine Nebenflecke hervor. Einige derselben flossen zu kleinen Gruppen zusammen und nahmen in kleineren Verhältnissen eine demjenigen des Hauptfleckes

[13] POSPELOW, Lymphangioma tuberosum cutis multiplex. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* Vol. VI. 1879. pag. 521.

ähnliche Beschaffenheit an. Jeder Fleck breitete sich allmählich an seiner Basis weiter aus bis zur Vereinigung mit den benachbarten Stellen, und in der Umgebung traten immer andere, kleinere Flecke fortwährend hervor. Auf diese Weise bildete sich die Krankheit langsam aber unaufhaltsam zu ihrer jetzigen Ausdehnung aus.

Status praesens: Das Gebilde ist auf der linken Seite des Halses lokalisiert und erstreckt sich von dem Rande der behaarten Kopfhaut in schräger Richtung bis ungefähr der Höhe des siebenten Halswirbels. Dasselbe besteht einesteils aus dem einen grofsen Flecke, der so grofs wie die Hand des Kindes ist, andernteils aus den die übrige Haut besetzenden, klaren, vesikulös aussehenden Körperchen, deren Umfang von Stecknadelkopfgröfse bis zu der einer halben Erbse variiert. Der grofse Fleck hat eine ziemlich ovale Gestalt, die Oberfläche desselben ist sehr uneben, und in der Mitte erhebt er sich um $^1/_6$ Zoll über das Niveau der umgebenden Haut. Die Geschwulst besteht aus eng beisammen stehenden, vesikulös aussehenden Körperchen, welche durch dünne Zwischenwände am Zusammenfliefsen behindert sind. Diese Bläschen sind von der ganzen Dicke der Epidermis bedeckt; an manchen Stellen ist die Hornschicht derselben noch verdickt und etwas rauh geworden, wodurch bei der Ausbreitung über die ganze Oberfläche der Bläschen die Gesamtgeschwulst ein etwas warziges Aussehen erhält. An vielen Stellen jedoch ist diese Veränderung nicht eingetreten, vielmehr kann man den opalescierenden Inhalt des Bläschens deutlich durch die glatte Epidermis hindurch erkennen. Wenn man diese klaren Bläschen etwas genauer betrachtet, so findet man einige, an denen kleine Kapillaren bald als Punkte, bald als Streifen über die Oberfläche hinwegziehen; manchmal enthält ein Bläschen nur eine einzige derselben, manchmal zwei oder drei, und an einigen wenigen finden sich mehrere Kapillaren, so dafs man fast den Eindruck gewinnt, es habe sich auf der Oberfläche ein minimaler Naevus araneus entwickelt. An einzelnen Stellen besitzen die Bläschen keinen klaren Inhalt, sondern sie haben eine blaurote Farbe angenommen und sehen aus, als ob eine Extravasation venösen Blutes in die kleinen Hohlräume stattgefunden habe. An einigen Stellen finden sich ein paar minimale, durch Kratzen entstandene Blutschorfe.

Die Bläschen lassen sich durch Drücken nicht verändern. Beim Anstechen entleeren sie eine klare, wässerige alkalische Flüssigkeit.

Von einer etwaigen, vorherigen, erysipelatösen Entzündung an oder in der Umgebung der affizierten Stellen ist nichts zu eruieren; ebensowenig ist das jemalige Vorhandensein eines Ödems nachzuweisen.

Über Beschwerden hat Patient dabei zu keiner Zeit zu klagen gehabt.

Die Resorption von Medikamenten aus Salben.

Von

Arthur P. Luff, M. D., B. Sc., M. R. C. P.
Lehrer der Gerichtlichen Medizin und Toxikologie an St. Marys Hospital, Oberarzt der Poliklinik des North-West London Hospital.

Vor kurzem lenkte mein Kollege, Mr. Malcolm Morris, meine Aufmerksamkeit auf die Frage von dem Resorptionsprozefs bei der Applikation von Medikamenten in Salbenform auf die Haut, und es schien mir sowohl interessant als lehrreich die in der vorliegenden Mitteilung beschriebenen Experimente vorzunehmen; dieselben sollten nur rein vorläufige und vorbereitende sein, und stellen den ersten Schritt dar zu einigen Untersuchungen, welche Herr Malcolm Morris und ich an Menschen auszuführen beabsichtigen, und welche Aufschlufs geben sollen über die Frage, ob die in der Form von Salben auf die Cutis aufgetragenen Medikamente in den Gesamtkreislauf übertreten, und wenn dem so ist, in welchem Mafse solches statt hat.

Wenn eine ein lösliches Medikament, z. B. Karbolsäure oder Resorcin enthaltende Salbe über eine nicht mehr intakte Oberfläche ausgebreitet wird, z. B. auf eine von Ekzema madidans ergriffene Haut, so findet eine Berührung zwischen der durch die Körperwärme erweichten Salbe und dem Serum der nässenden Fläche statt, wobei durch Einwirkung dieses Serums auf die Karbolsäure oder das Resorcin der erweichten Salbe eine Lösung der betreffenden Medikamente entsteht, von der man annehmen könnte, dafs sie durch endosmotische Vorgänge in die unterhalb der ekzematösen Oberfläche gelegenen Gefäfse übergehen und somit in den Gesamtkreislauf gelangen könnte. Allerdings wird man geneigt sein, einzuwenden, dafs bei einem Falle von nässendem Ekzem der physikalische Vorgang derjenige der Exosmose ist, wie an dem serösen Erguls klar zu erkennen ist. Indessen wäre es ganz wahrscheinlich und keineswegs gegen bekannte Thatsachen widerstreitend, wenn man annimmt, dafs bei der nässenden Ekzemfläche beide Vorgänge sowohl die Exosmose wie die Endosmose gleichzeitig, wenn auch nicht mit gleichmäfsiger Geschwindigkeit sich vollziehen; die stattfindende Exosmose ist sehr beträchtlich, die Endosmose findet zwar gleichzeitig statt, erreicht jedoch nur ein geringeres Mafs. Die Richtigkeit dieser Auffassung von der Resorption löslicher Medikamente aus Salben hängt aber von der Fähigkeit des Serums ab, bei Körpertemperatur aus irgend einer Salbe das darin enthaltene,

lösliche Medikament thatsächlich aufzulösen. In der Absicht, eine Aufklärung über diesen Punkt anzustreben, sind die hier zu beschreibenden Experimente unternommen worden.

Von verschiedenen löslichen Medikamenten wurden mehrere Salben bereitet, und ein gewisses Quantum von jeder derselben in eine Schafsblase gelegt (wobei stets aufs sorgfältigste jedwede Durchlöcherung ausgeschlossen wurde), und letztere alsdann in einem Becherglas mit destilliertem Wasser von einer durch ein Wasserbad gleichmäfsig erhaltenen Temperatur von 98 ° F. (36 ° 66 C,) aufgehängt. Von dem die Blase umgebenden Wasser wurden in kurzen Zwischenräumen mittelst Pipette Proben entnommen und auf das etwaige Vorhandensein von den in den Salben enthaltenen wirksamen Mitteln geprüft. Nun ist es hierbei einleuchtend, dafs das Arzneimittel nicht anders ins destillierte Wasser aus der Salbe übertreten könnte, als dadurch, dafs zuerst etwas von dem destillierten Wasser durch Endosmose in die Blase hineingelangte, dort das lösliche Medikament aus der Salbe auflöste, und dafs alsdann diese Arzneilösung mittelst Exosmose durch die Blasenwand wieder in das im Becherglas enthaltene Wasser zurückkehrte. Die ausgeführten Experimente liefern den Beweis, dafs dieser Vorgang in der That bei einigen der Salben stattfand.

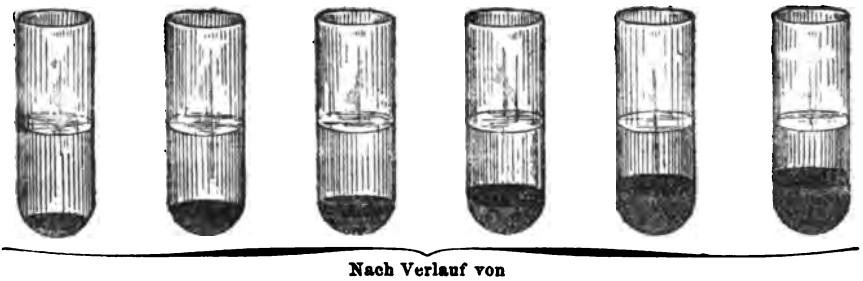
Es wurden Experimente mit Salben, die mit drei verschiedenen Grundlagen zubereitet waren, nämlich mit Vaselin, Fett und Lanolin, vorgenommen. Es wurde dabei bezweckt, zu bestimmen, ob die Geschwindigkeit der Resorption eines gegebenen löslichen Mittels je nach der bei der Salbenbereitung verwandten Grundlage variierte. Dafs dieses in der That der Fall ist, wurde in auffallendster Weise durch meine Experimente bewiesen.

Um im Nachfolgenden Wiederholungen zu vermeiden, schicke ich hier die Bemerkung voraus, dafs jedes einzelne Experiment durch Wiederholung des Versuchs kontrolliert wurde.

Experiment No. I. Art der verwendeten Salbe: Vaselin und Jodkalium (1,2 g des Jodids auf 28,35 Vaselin). Proben des die Blase mit der Salbe umgebenden Wassers wurden in kurzen Zwischenzeiten auf Jodkalium geprüft. Als Reagentien dienten ein wenig verdünntes Chlorwasser und Stärkekleister. Nach Verlauf einer Stunde hatte die Exosmose des Jodkaliums angefangen, wie an dem Eintritt der blauen Jodstärkereaktion kenntlich war, und es setzte sich dieselbe auf die in Fig. I. (s. pag. 60) dargestellte Weise seitdem stetig steigernd fort. Diese Abbildung ist eine graphische Wiedergabe der aus 5 ccm des dem Becherglas in den genannten Intervallen entnommenen Wassers gefüllten Mengen von Jodstärke.

Experiment No. II. Art der verwendeten Salbe: Gereinigtes Fett und Jodkalium im Verhältnis von 1,2 des Jodids auf 28,35 Fett. Jodkalium liefs sich im Becherwasser nicht vor Ablauf von 9 Stunden nachweisen; nachher nahm die Exosmose einen ungefähr ebenso rasch zunehmenden Verlauf wie beim Vaselin.

Fig. I.



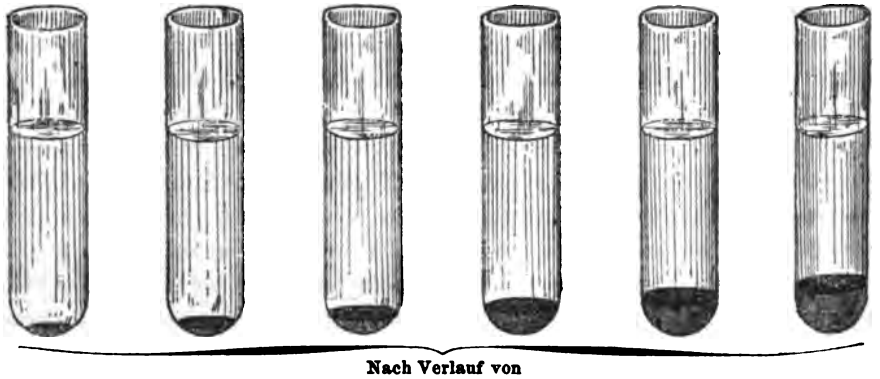
Nach Verlauf von

1 Stunde | 1½ Stunden | 2 Stunden | 3 Stunden | 4 Stunden | 5 Stunden.

Experiment No. III. Art der verwendeten Salbe: Lanolin und Jodkalium im selben Verhältnis des Salzes zur Grundlage wie oben. Nach Verlauf von 24 Stunden war kein Jodkalium aus der Salbe ins Becherwasser übergegangen, doch mufste das Experiment dann unterbrochen werden, weil die Blase zu faulen anfing.

Experiment No. IV. Art der verwendeten Salbe: Vaselin und Karbolsäure (1,2 Karbolsäure auf 28,35 Vaselin). Der Übergang der Karbolsäure aus der Salbe durch die Blasenwand ins Becherwasser begann nach Verlauf von 2¾ Stunden. Als Reagens auf Karbolsäure diente Bromwasser, welches dieselbe als ein weifses Präzipitat von Tribromkarbolsäure ausfüllt. Die Zunahme in der Geschwindigkeit der Exosmose ist durch Fig. II wiedergegeben; dieselbe stellt die jedesmalige Menge der

Fig. II.



Nach Verlauf von

2¾ Stunden | 5 Stunden | 7 Stunden | 9 Stunden | 11 Stunden | 13 Stunden.

aus 5 ccm des zu den angegebenen Zwischenzeiten entnommenen Becherwassers niedergeschlagenen Tribromkarbolsäure dar.

Experiment No. V. Art der angewendeten Salbe: Gereinigtes Fett und Karbolsäure im Verhältnis von 1,2 der letzteren auf 28,35 des ersteren. Die Gegenwart von Karbolsäure im Becherwasser wurde erst am Ende von 7 Stunden nachweisbar; nachher nahm die Exosmose mit ungefähr derselben Geschwindigkeit zu, wie dies beim Vaselin beobachtet wurde.

Experiment No. VI. Art der angewendeten Salbe: Lanolin mit Karbolsäure im Verhältnis von 28,35 des ersteren zu 1,2 der letzteren. Nach Verlauf von 24 Stunden war keine Karbolsäure aus der Blase ins Wasser übergetreten. Um diese Zeit mufste auch dieses Experiment wegen beginnender Fäulnis der Blase unterbrochen werden.

Experiment No. VII. Art der verwendeten Salbe: Vaselin mit Resorcin im Verhältnis von 28,35 zu 1,2. Der Nachweis von Resorcin im Wasser gelang erst nach Verlauf von 10 Stunden; die Reaktion wurde mit Eisenperchlorid ausgeführt; dasselbe gibt mit Resorcin eine purpurne Färbung.

Experiment No. VIII. Art der verwendeten Salbe: Gereinigtes Fett und Resorcin im Verhältnis von 28,35 zu 1,2. Am Ende von 24 Studen war kein Resorcin durchgetreten, und es mufste alsdann der Versuch wegen beginnender Fäulnis der Blase unterbrochen werden.

Zusammenstellung der sich aus diesen Experimenten ergebenden Resultate.

Die Exosmose beginnt

bei Vaselin und Jodkalium	nach Verlauf	von	1	Stunde
bei Fett und Jodkalium	„	„	„	9	Stunden
bei Lanolin und Jodkalium =	nihil	„	„	„	24	„

Die Exosmose beginnt

bei Vaselin und Karbolsäure	nach Verlauf	von	$2^3/_4$	Stunden
bei Fett und Karbolsäure	„	„	„	7	„
bei Lanolin und Karbolsäure =	nihil	„	„	„	24	„

Die Exosmose beginnt

bei Vaselin und Resorcin	nach Verlauf	von	10	Stunden
bei Fett und Resorcin	„	„	„	15	„
bei Lanolin und Resorcin =	nihil	„	„	„	24	„

Dafs diese verschiedenen Abstufungen in der Geschwindigkeit der Resorption der Medikamente aus den Salben auf der physikalischen Beschaffenheit der verwendeten Grundlage beruht und nicht blofs von der

Verschiedenheit des Schmelzpunktes abhängt, erhellt aus der Thatsache, dafs das Vaselin, aus dem die Resorption am promptesten erfolgt, einen höheren Schmelzpunkt (40 ° C.) als das Fett (Schmelzpunkt 37 ° 77 C.) hat ; und ferner hat das Lanolin, aus welchem am Ende von 24 Stunden eine Resorption überhaupt nicht stattgefunden hatte, denselben Schmelzpunkt wie das Vaselin, nämlich 40 ° C.

Alle diese Versuche sind mit Schafsblasen ausgeführt worden, und man kann allerdings dabei einwenden, dafs die mit einem todten Gewebe erzielten Resultate kaum mit dem Ergebnis, das man bei Anwendung auf ein lebendes Gewebe z. B. die Haut zu erhalten erwarten darf, verglichen werden können. Die Entscheidung dieser Frage mufs nun für zukünftige Experimente an lebenden Versuchsobjekten vorbehalten bleiben, und ich hoffe diesbezügliche Untersuchungen bald ausführen zu können. Die aus diesen Beobachtungen zu entnehmende praktische Lehre ist aber die, dafs als Grundlage für eine Salbe, aus der die wirksamen Bestandteile resorbiert werden sollen, Vaselin das bei weitem am geeignetste Mittel ist; dafs aber für eine Salbe, welche blofs ihrer lokalen Einwirkung wegen und unter Ausschlufs der Resorption der wirksamen Medikamente angewandt werden soll, das Lanolin die beste Grundlage abgibt.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Mitteilung über eine Methode des Färbens von Salben.

Von

H. G. BROOKE
in Manchester.

Patienten, welche an einer vielleicht nicht sehr ausgedehnten Hautaffektion im Gesicht leiden, empfinden natürlicherweise eine Abneigung dagegen, diesen Umstand dadurch allgemein bekannt zu geben, dafs sie ihr Antlitz mit allerlei weifsen, braunen oder grünlichen Salben einschmieren, und sie vermeiden oft gerne sogar die Anwendung selbst farbloser Salben, wenn dieselben einen besonders auffälligen Fettfleck bedingen. Man hat durch Hinzufügen von Karmin oder von Galmei diesem Übelstande abzuhelfen gesucht; da aber diese beiden Mittel eher einen Kontrast als eine Übereinstimmung mit der Haut gewähren, so ergibt sich als schliefsliches Resultat keine Verbesserung, vielleicht sogar im Gegen-

teil eine Verschärfung des ursprünglichen Gegensatzes. Vom künstlerischen Standpunkte aus besteht die Farbe der äufseren Haut aus einer Vermischung von Weifs mit verschiedenen Abstufungen von Zinnober und Gelblichbraun, denen nur ein Ton von Karmin zuweilen beigemischt sein mag; wir müssen also mit diesen betreffenden Tinten zu Werke gehen, um eine die normale Hautfarbe erfolgreich nachahmende, gefärbte Salbe hervorzubringen.

Das schönste Weifs wird von Zinkoxyd oder vom kohlensauren Zink geliefert, auch vom Bismuthum subnitricum und carbonicum, doch ist das erstgenannte Präparat bei weitem das für die meisten Fälle passendste. Die zur Herstellung der deutlichen Weifsfärbung an irgend einer gegebenen Salbe nötige Menge variiert natürlich je nach den anderen darin enthaltenen Bestandteilen, doch hat man jedenfalls bei einem Verhältnis von 1,8—3,2 auf 28,35 reichlich genug genommen. Kaolin leistet leidlich Gutes und ist natürlich viel billiger, doch bewahren keine der weifsen Erdarten, z. B. Kaolin, Kreide, Meerschaum etc. ihre Farbe bei Gegenwart von Fetten so gut wie die Metallpulver.

Zinnober, das künstliche rote Quecksilbersulphid, liefert eigentlich in der That die dem Hautrot ähnlichste Farbe; aber trotzdem es an und für sich ein aufserordentlich nützliches Mittel ist, so kann es doch nicht in solchem Mafse in Anwendung kommen, dafs es gelingt, die Farben der anderen Medikamente damit wirklich zu verdecken. Unter den Färbmitteln der Steinkohlenteerreihe gibt es eine grofse Auswahl von roten Farben; dieselben haben aber den Nachteil, dafs sie die Haut auch färben, dafs sie reizend wirken könnnen, und dafs sie nicht überall zu bekommen sind. Als einen sehr guten Ersatz für Zinnober hat sich mir die gewöhnliche Bolus rubra armena, die in jeder Apotheke vorhanden ist, erwiesen. Dieselbe hat einen leichten Stich ins Orange, der aber verschwindet, wenn die Substanz mit Weifs vermischt wird; es bildet sich dabei eine sehr helle Fleischfarbe.[1] Jedoch würde keine menschliche Hautfarbe den Kontrast mit einer so brillanten Farbe ertragen, und man hat nötig, eine beträchtliche Abschwächung durch die Beimischung von gemäfsigsten, gelblichgrauen und braunen Tönen vorzunehmen. Es zeigte sich, dafs rohe Umbra (Umbra naturalis) für diesen Zweck aufserordentlich gut geeignet ist. Dieselbe ist bei allen Droguisten und Farbenhändlern zu haben, vermischt sich rasch und ist vollständig unschädlich. Man mufs beim Hinzusetzen derselben zur Salbenmasse vorsichtig sein, und jede Portion erst mit dem Spatel tüchtig einarbeiten, um deren Wirkung zu beurteilen, ehe man einen weiteren Zusatz macht.

Die Färbemittel dürfen nicht eher hinzugesetzt werden, bevor alle

[1] Da die Bolus rotes Eisenoxyd enthält, so mufs ein Einreiben derselben in Bettwäsche verhütet werden, weil sonst Flecke entstehen.

die wesentlichen Bestandteile der Salbe schon einverleibt sind, denn es wird natürlich das erforderliche Quantum derselben je nach der Farbe des Gemisches wechseln. Das Bedürfnis nach Bolus z. B. zum Zwecke der Rotfärbung wird zum Teil durch etwa vorhandenes Zinnober oder rotes Quecksilberoxyd oder Jodid, während braune Farben zum Teil durch Teer und Ichthyol und beide Töne in gewissem Maſse durch Galmei ersetzt werden.

Ein wenig Karmin ist in einigen Fällen wohl nötig, um eine rosafarbene anstatt einer scharf roten Nüancierung hervorzubringen. Zu diesem Zweck bedient man sich am besten einer koncentrierten spirituösen Lösung, denn die pulverisierte Farbe läſst sich notorisch schwer den Salben beimischen ohne Körnchen zu hinterlassen; letztere zerfallen aber, wenn die Salbe auf die Haut aufgerieben wird, und hinterlassen dann Streifen von schreiendem Karmoisin.

Es ist ganz unmöglich für den Verschreibenden die von den verschiedenen Farben nötigen Mengen so genau abzuschätzen, daſs er nach Centigrammen das für alle die verschiedenen Kombinationen, die er in die Lage kommen mag zu verschreiben, erforderliche Quantum anzugeben vermöchte. Jedoch ist dieses durchaus nicht notwendig, denn jeder intelligente Apotheker wird nach einiger Übung imstande sein, die betreffenden Farben so einzuteilen, daſs die entstehende Salbe jede gewünschte Schattierung, je nach den Erfordernissen des betreffenden Patienten erhält, wenn ein Ungt. coloratum verschrieben wird.

Wenn die Pastenform nicht unerwünscht ist, so kann man durch Hinzufügen von etwas Stärke der Salbe einen gröſseren Gehalt geben und der Farbenmaske gröſsere Dauer verleihen. Das fettige Aussehen läſst sich leicht beseitigen, indem man die Oberfläche der Salbenschichte mit etwas feinem Stärkemehl bestreut. Derselbe Effekt läſst sich auch erzielen, wenn man die Salbe mit einer festen Grundlage anfertigen läſst, so daſs dieselbe als „Salbenstange“ verwendet wird. Die Dichtigkeit und der hohe Schmelzpunkt des Fettes, aus denen dieselben bestehen, tragen viel dazu bei, die Medikamente, sowie die Färbemittel in situ zu erhalten. Sie haben aufserdem den Vorteil der Transportierbarkeit, wodurch eine häufigere Wiederholung der Anwendung erleichtert wird.

Offenbar hat diese Frage, wenn schon an und für sich anscheinend eine unbedeutende, pharmaceutische Aufgabe, entschieden eine praktische Seite für den Arzt, denn jede den persönlichen Gefühlen des Patienten nicht unsympathische Behandlungsweise hat vielmehr Aussicht darauf, regelmäſsig und mit Ausdauer ausgeführt zu werden, als eine lästige oder entstellende Form der Therapie.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Nieheim.)

Überfettete Seifen vom klinischen und chemischen Standpunkt.

Von

W. Allan Jamieson, M. D., F. R. C. P. Edin.,
Sekundärarzt für Hautkrankheiten am Edinburg Royal Infirmary, Oberarzt des Edinburg City Hospital,

und

D. B. Dott, F. R. S. E., F. I. C.

Einige der von Dr. Paul in einem „Toilet Soap considered from a chemical point of view" betitelten Aufsatz (vide *Brit. Journ. of Dermatol.* März 1890) gezogenen Schlüsse stehen unseren klinischen und praktischen Erfahrungen so diametral entgegen, dafs ich mich veranlafst gesehen habe, unter dem Beistande von Herrn Dott (der für die hier mitzuteilenden Analysen verantwortlich ist) die Frage von den „überfetteten" Seifen, der Möglichkeit deren Herstellung und von ihrem Werte bei Hautleiden einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen.

Von der Zeit der Veröffentlichung von Dr. Unnas Abhandlung „Über medizinische Seifen" (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge.* No. 252) an haben wir stets und gewohnheitsmäfsig die von Douglas in Eimsbüttel nach den dort festgestellten Grundsätzen fabrizierte überfettete Grundseife, die überfettete alkalische Seife, sowohl Anderen verschrieben als auch selbst benutzt, und unsere Erfahrungen betreffs der Wirkungen gerade dieser Art Seife auf die menschliche Haut sind somit thatsächlich sehr umfangreich. In der ersten Zeit ihrer fabrikmäfsigen Herstellung hatte diese Seife allerdings die Neigung, bei längerem Aufbewahren eine bräunlich-gelbe Farbe anzunehmen und etwas ranzig zu riechen. Wenn diese Veränderungen aber auch stattfanden, so konnte man dennoch einen dadurch bewirkten, bemerklichen Grad von Reizung nicht konstatieren; der einzige Nachteil dabei war die Beeinträchtigung des kosmetischen Wertes. Diese Nachteile scheinen aber nunmehr durch verbesserte Fabrikationsmethoden ebenfalls beseitigt worden zu sein, denn die Seife ist und bleibt jetzt von reiner, weifser Farbe und besitzt dabei einen angenehmen Geruch.

Die Qualität von Seife läfst sich unter andern am besten aus der Beschaffenheit unserer Hände, wenn wir sie bei frostigem Wetter im Winter wiederholt gewaschen haben, ersehen; oder auch im Frühjahr bei obwaltendem kalten Ostwind. Ehe wir diese Seife kennen gelernt hatten,

waren unter solchen Umständen unsere Hände oft rauh, gerötet und in sehr empfindlicher Weise gesprungen. Seit der Benutzung derselben dagegen ist dieses nur ganz selten vorgekommen, und die Zwischenfälle konnten jedesmal leicht und beweisend dadurch erklärt werden, dafs sowohl im Hospital als in der Privatpraxis man öfters Gelegenheit hatte, eine andere gerade vorhandene Seife benutzen zu müssen, und dafs diese bei weitem nicht so erweichend wirkte. Ein regelmäfsiger Gebrauch der überfetteten Seife verhütet also offenbar das Spröde- und Rissigwerden der Hornschicht der Epidermis.

Eine weitere sehr empfindliche Probe für die Wirkung irgend einer Toilettenseife auf die Haut ist die Konstatierung, ob und welche Reaktion bei der Verwendung bei Säuglingen eintritt. Auch in diesem Falle erwies sich die von DOUGLAS hergestellte Seife als höchst zufriedenstellend. Bei einer von der Geburt an fortgesetzten Anwendung derselben blieb die Haut stets glatt und zart; gebrauchte man sie, nachdem die Haut infolge des vorherigen Gebrauchs einer alkalischen Seife rot und rauh geworden war, so verging die Empfindlichkeit in kurzer Zeit, und mancher drohende Ekzemausbruch wurde durch diese Mafsregel verhütet.

Auf diese Weise haben wir selbst das Präparat geprüft, und wir haben unsere diesbezüglichen Beobachtungen auch von Andern bestätigt gefunden; beim Vergleiche mit anderen sogenannten überfetteten Seifen fanden wir, dafs unserer Erfahrung nach kein anderes Fabrikat dem Original (denn so darf man gewifs mit aller Berechtigung das von DOUGLAS hergestellte nennen, da es unbestreitbar zuerst nach diesem Prinzipe bereitet wurde) an Güte gleichkam.

Die Waschseife ist eine di-basische und enthält sowohl Soda als Pottasche, letztere in geringerer Menge; der Überschufs an Fett besteht laut Mitteilung aus Olivenöl. Daneben gibt es auch eine überfettete Kaliseife, welche bei gewissen Krankheitsformen sich ebenso wertvoll erwiesen hat, wie die Waschseife für Gesunde. Dieselbe ist, trotzdem sie mit Kali bereitet ist, nicht wie die meisten dieser Seifen weich, sondern ziemlich hart. Sie besitzt die Fähigkeit, alle Anhäufungen von trockenen Epidermisschuppen z. B. bei Psoriasis zu entfernen, ohne die Epidermis trocken und rissig zu machen, was allerdings eintritt, wenn sogar die allerbesten Sorten gewöhnlicher, offizineller Kaliseifen verwendet werden. Wenn man bei einem Fall von Tinea tonsurans die Kopfhaut mit warmem Wasser und grüner Seife wäscht und dann trocknen läfst, so findet man sie nach einigen Stunden mehr oder weniger festgewachsen, gespannt und mit oberflächlichen Rissen durchsetzt; dies ist in so hohem Mafse der Fall, dafs das Kind über Schmerzen klagt. Wenn dieselbige Kopfschwarte dann mit der überfetteten Kaliseife (Fabrikat DOUGLAS) und warmem Wasser gewaschen wird, so findet man sie nach Verlauf des-

selben Zeitabschnittes gleichmäfsig glatt und glänzend, aber ohne eine Spur von Trockenheit oder von Fissuren. Wir haben selbst dies Experiment zu oft schon ausgeführt, als dafs wir uns täuschen könnten. Die beschriebenen Resultate waren durchweg die gleichen. Bei Tinea tonsurans capitis kann die Haut durch die Anwendung dieser Seife vollständig schuppenfrei erhalten werden, so dafs die Oberfläche in dem allergünstigsten Zustande sich befindet, um von den verordneten Salben oder Waschwasser den gröfsten Nutzen zu haben. Aufserdem hat man Ursache anzunehmen, dafs der Trichophyton am besten auf einer trockenen, pulverigen Epidermis gedeiht, und sintemal die gewöhnliche grüne Seife mit ihren reinigenden Fähigkeiten die Eigenschaft verbindet, diesen Trockenzustand der Cutis zu unterhalten, so wird durch den Gebrauch derselben dem Wachstum des Parasiten Vorschub geleistet. Tinea corporis, Herpes tonsurans des Körpers verschwindet am schnellsten, wenn die betroffenen Teile täglich mit dieser überfetteten Kaliseife gewaschen und mit einer Schwefel-Quecksilberammonium und Thymol enthaltenden Salbe eingerieben werden. Bei Ichthyosis ferner kann man durch Waschungen mit dieser Seife nebst Einreibungen mit einer mäfsig starken Resorcinsalbe am schnellsten und angenehmsten die Haut von der krankhaften Wucherung heilen.

Alle klinischen Beobachtungen dienen also nur zum Beweise für die von UNNA und EICHHOFF vertretene Behauptung, dafs man thatsächlich eine überfettete Seife herstellen kann. Wie verhält sich nun die Frage bei einer chemischen Prüfung? Wir haben diese Seifen analysiert und dabei unsere Aufmerksamkeit ausschliefslich auf diejenigen Punkte, welche von wirklicher Wichtigkeit in der Zusammensetzung der Seifen sind, gerichtet. Es läfst sich garnicht bezweifeln, dafs die Waschseife, nach der (in der veröffentlichten Vorschrift) angegebenen Weise aus einer Verarbeitung von Talg, Olivenöl oder einem diesem ähnlichen Öle nebst einer Mischung von Soda und Pottasche hergestellt ist. Wir haben keine Unreinheiten oder heterogene Bestandteile nachweisen können. Der durch Austrocknen bei 100 ° C. bestimmte Feuchtigkeitsgrad betrug 15,62 %; die von BEIERSDORF wiederholt ausgeführten Analysen ergaben 14 %. Bei Behandlung der getrockneten Seife mit Petroleumäther wird nur ein Bruchteil eines Prozentes (0,5) an dieses Menstruum abgegeben. Wenn man mit absolutem Alkohol verreibt, filtriert und einen Teil des Filtrats mit der Normalsodalösung titriert (unter Verwendung von Phenolphthalein als Indikator), so findet man Fettsäure im Verhältnis von 0,24 % Oleinsäure. Wir liefsen das vom Alkohol ungelöst gebliebene Residuum sich in Wasser lösen, setzten Methylorange zu und titrierten die Lösung mit der Normalsäure. Das gefundene Resultat ergab 0,34 % kohlensaures Natron.

Die Kaliseife wurde auch auf das Vorhandensein von freier Fett-

säure geprüft, wobei sich ergab, daſs der Bestand daran mit demjenigen in der Waschseife so gut wie übereinstimmt; derselbe betrug 0,28 %.

Die somit erhaltenen Resultate zeigen also, daſs die Seifen thatsächlich „überfettet“ sind, doch sieht man zugleich aus der Analyse, daſs sie das nur in sehr beschränktem Maſse und in einem gewissen Sinne nur sind. Es würde nämlich, wenn die vorhandene freie Fettsäure mit dem kohlensauren Alkali sich chemisch vereinigte, sich als Netto-Resultat eine Seife ergeben, die einen geringen Überschuſs an kohlensaurem Alkali enthielte. Wenn man diese Affassung gelten lassen will, so kann man diese Seifen eher als höchst neutrale, sehr gut bereitete denn als in irgend welchem besonderen Sinne „überfettete“ Seifen betrachten. Jedenfalls enthalten sie keinerlei ungebundene, kaustische Alkalien, ein Umstand, der im Vereine mit der Reinheit der bei ihrer Herstellung verwendeten Materialien und dem geringen Bestande an vegetabilischem Öle sowie dem Fehlen von jeder Spur von Kokosnuſsöl zweifelsohne der Grund ist, weshalb sie bei der praktischen Verwendung so befriedigende Resultate liefern.

Ferner aber gilt für die Einwirkung der Seife auf die Haut die Theorie, daſs auf Berührung damit in der Gegenwart von Wasser eine Zersetzung und ein Freiwerden eines Teils der basischen Bestandteile stattfindet; letztere verbinden sich mit dem öligen Schmutze auf der Hautoberfläche, wodurch derselbe mit dem Wasser mischbar wird, so daſs ein Wegwaschen desselben möglich wird. Es ist aber leicht einzusehen, daſs die Zerlegung der Seife an eine enge Berührung mit der Hautoberfläche gebunden ist, und daſs daher die Gegenwart eines auch sehr geringen Überschusses an fettigen Bestandteilen in der verwendeten Seife einen kräftigen Schutz abgeben wird für die die Hornschicht bildenden Epidermiszellen gegen die Einwirkung der frei werdenden Alkalien. Dies scheint der Vorgang bei Verwendung der oben beschriebenen mäſsig überfetteten Seifen zu sein und bildet ein weiteres Argument für ihre Bevorzugung bei den Bedürfnissen der Toilette und von therapeutischen Maſsnahmen.

Was die Möglichkeit, eine überfettete Seife darzustellen betrifft, so haben wir gefunden, daſs es keine groſsen Schwierigkeiten hat, eine mindestens 8 % Überschuſs an Fett enthaltende Seife zu bereiten. Ein zu bedeutender Überschuſs an Fett ist aber zu vermeiden, denn die Eleganz der Seife leidet dadurch, und man erhält dabei ein allzuöliges, wenig Schaum gebendes Präparat. Der Überschuſs darf die Grenze von 5 bis 10 % nicht übersteigen. Das Fabrikat von Douglas leidet an dem entgegengesetzten Nachteil, indem dabei der Überschuſs nur sehr unbedeutend ist.

Wir möchten zur Verhütung irgend welcher irriger Auffassung dieser Zeilen nur noch hinzufügen, dafs uns der genannte Fabrikant nur dem Namen nach bekannt ist, und dafs wir an den in diesen Zeilen besprochenen Seifen nur ein rein wissenschaftliches Interesse haben.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI in Nieheim.)

Versammlungen.

Sitzungsberichte.

Verhandlungen der russischen syphilido-dermatologischen Gesellschaft in St. Petersburg.

(*Wratsch* No. 18. 1890.)

Über extragenitale Infektionen.

Dr. JAKOWLEFF berichtet über einen harten Schanker der Unterlippe bei einem 14jährigen Mädchen. Infektionsquelle war ein Kufs auf die Lippen eines kranken Kindes.

Dr. TSCHOGIN berichtet über ein Ulcus induratum der Oberlippe unterhalb des linken Nasenlochs bei einem 20jährigen jungen Manne.

Dr. USSASS führt einen Fall von extragenitaler Infektion bei einer 16jährigen Virgo an. Der Initialaffekt wurde wegen Schwellung der Submaxillardrüsen in der Mundhöhle angenommen. Die Inguinaldrüsen waren intakt. Eruption eines recenten Exanthems; bei einem Ingenieur, der aus Furcht vor Ansteckung weder rauchte noch trank, war derselbe Status zu verzeichnen. Ferner wurde eine Amme, die als fünfte ein und dasselbe Kind säugte, inficiert.

Dr. TSCHISTIAKOFF berichtet gleichfalls über eine Amme, die mit 3 Vorgängerinnen einen und demselben Institut entnommen worden war; diese erkrankte als vierte an einem ulcus induratum der Brustwarze; das Kind hatte bei der Untersuchung ein papulöses Syphilid der Hohlhände. Die Amme konnte bereits in der Anstalt beim Säugen der verschiedenen Kinder inficiert worden sein, oder aber war das Kind von einer ihrer Vorgängerinnen inficiert worden und übermittelte seinerseits die Infektion der 4. Amme.

Dr. PETERSEN führt einen Kranken mit äufserst charakteristischem Ulcus indur. der Schleimhaut der oberen Lippe, in deren Mitte sitzend, vor.

Lepra. Dr. PETERSEN spricht über Diagnose und Differentialdiagnose der Lepra, wobei er die in der Litteratur vorhandenen Erkrankungen anführt, mit denen Lepra verwechselt worden ist, und wobei er die Berechtigung der betreffenden Diagnose einer Kritik unterwirft. Es erwies sich, dafs teils die Lepra komplicierende Krankheiten, teils solche, die nichts Gemeinsames mit ihr hatten, für Lepra gehalten worden sind; derartige Erkrankungen waren z. B. Skabies, Skorbut, Syphilis, verschiedene Pilzkrankheiten, Vitiligo; Elephantiasis, Karcinom, Hautsarkomatose, Lupus, Pellagra arthritis deformans, Aktinomykose; Fibroma molluscum, Ekzem im Stadium der regressiven Metamorphose, mal perforant, Pemphigus, Syringomyolie etc.

Als Hauptmerkmale bezeichnet PETERSEN immer wieder die Sensibilitätsveränderungen und das Fehlen (resp. Defectsein) der Augenbrauen und Wimpern. Zum

Schluſs führt P. 3 Leprakranke vor, sämtlich Eingeborene des Petersburger Gouvernements, nebst Krankengeschichte.

Die Drr. Ussass und Smigrodsky weisen auf die Schwierigkeiten der Diagnose der Initialstadien hin und der damit verbundenen Unmöglichkeit, die Patienten in diesem Stadium bereits zu isolieren. *Kroug-Hungerburg.*

Besprechungen.

Hautentzündungen und Elephantiasis im Gefolge von Geschwüren und Ekzem variköser Unterschenkel, von Jeanselme. (*Thèse de Paris.* 1888.) Die Abhandlung Jeanselmes ist dem Studium der schwersten Formen von Hautläsionen gewidmet, die durch Varicen hervorgerufen werden. Sie vervollständigt durch ihre Beschreibung der letzten Folgezustände das Studium des varikösen Ekzems, welche Aug. Broca 1886 als Doktordissertation veröffentlichte. Nach einer gedrängten Beschreibung der kallösen Geschwüre, des varikösen Ekzems, sowie der Narben des varikösen Geschwüres, tritt der Verf. in sein Thema ein mit einer Studie der ulcerösen Elephantiasis, einer nach unserer Meinung fehlerhaften Bezeichnung, weil sie sich ebensogut anwenden liefse auf eine Elephantiasis, welche Begleiter oder Vorläufer einer Ulceration, wie auf eine solche, welche die Folge einer Ulceration ist. Diese Elephantiasis hat ihren Sitz besonders gern am unteren Ende des Unterschenkels und auf dem Rücken des Fufses, pflegt aber begleitet zu sein von einer diffusen Verdickung des ganzen Unterschenkels, der Vorderfufs ist an seiner Plantarfläche fast stets angeschwollen, und die Höhlung der letzteren verschwindet mehr oder weniger, ebenso wie die der Dorsalfläche; die Grofszehe ist meist stark hypertrophisch infolge der Ausbreitung der Veränderungen der fortschreitenden Dermatitis. Die Anschwellung ist der Hauptsache nach herbeigeführt durch das Ödem, welches zum teil zurückzuführen ist auf die Gegenwart der Varicen, zum teil aber entzündlicher Natur ist und als der Elephantiasis zugehörig betrachtet werden mufs. Aufser dem Ödem findet sich eine Induration, deren gröfste Intensität in der Höhe des Fufsrückens befindlich ist. Dann und wann entsteht infolge der Vernarbung eines Geschwüres oder auch ohne ersichtliche Ursache irgendwo am Unterschenkel eine Einschnürung durch fibröse Stränge, welche die venöse Cirkulation hindert und Ursache eines beträchtlichen Ödems der darunter liegenden Teile ist. Zuweilen nimmt die Elephantiasis den mittleren Teil des Unterschenkels ein unter Verschonung der Gegend um und unter den Malleolen und der regio tibiotarsalis.

In der beschriebenen Form war die Haut glatt; in anderen Fällen zeigt sie eine mehr oder weniger deutlich ausgesprochene papilläre Hypertrophie (papillomatöse oder vegetierende Dermatitis), wie man ihr hauptsächlich begegnet im Umkreise der Malleolen oder an den Rändern des Fufses, an den Grofszehen oder in der Nachbarschaft der Ulcerationen am unteren Teile des Unterschenkels. Diese Veränderung charakterisiert sich in ihrer leichtesten Form durch ein stärkeres Hervortreten der Hautfältchen und ein karriertes Aussehen der Haut, in einem weiter vorgeschrittenen Stadium durch zerrissene Schuppen fast wie bei der Ichthyosis, unter denen man mehr oder weniger entwickelte, geschmeidige und weiche Papillen findet, zuweilen wieder mit Hornelementen bedeckt; in einem späteren Stadium bietet die Haut eine unregelmäfsige und geriefelte Oberfläche dar, welche in den schlimmsten Fällen schliefslich sehr tiefe und sehr schmale ulcerierte Furchen enthält. Wo letzteres nicht der Fall

ist, hat man das vor sich, was man Ekzema oder Lichen hypertrophicus nennt. An den hypertrophischen und ungestalten Groſszehen lassen die tiefen Falten an der Beuge- und Streckseite häufig eine ekzematöse Flüssigkeit aussickern; der papillomatöse Zustand zeigt eine gewisse Vorliebe für die Seitenränder der Dorsalfläche. Der Nagel wird faserig und streifig in seiner Längsrichtung, undurchsichtig, graulich und in vielfache Schichten zerfallend, die sich häufig fast vertikal aufrichten. Die meist nicht befallene Fuſssohle zeigt zuweilen in ihrer ganzen Ausdehnung oder auch bloſs an der Hacke eine Hyperkeratose mit nässenden Fissuren.

Gleichzeitig mit diesen existieren an derselben Extremität noch andere Läsionen, von denen einige abhängen von der Hypertrophie der Haut selbst (Haarausfall), oder von den Varicen (Hautpigmentation, Hyperidrosis, Purpuraflecke etc.). Aufserdem kann man auch, entweder auf demselben oder dem korrespondierenden Gliede atrophische Störungen wahrnehmen, welche in Analogie stehen zu den beträchtlichen Ernährungsstörungen der Extremitäten, welche infolge von Frakturen lange Zeit immobilisiert waren. Diese Hautatrophie charakterisiert sich im ersten Stadium durch Verdünnung der Haut, welche sich in Falten legt, glänzt, trocken wird, abschilfert, aber elastisch ist und leicht über die Vertiefungen hingleitet. Im fortgeschritteneren Stadium ist dagegen die Haut über der Tibiakante gespannt und schwer zwischen zwei Fingern zu halten.

Die tieferen Teile sind in gleicher Weise befallen. Hier finden wir Atrophie der Muskeln, Hyperostosen, Exostosen, Ostitis (rarefizierende und elfenbeinerne) Osteophyten. Die Sensibilität hat fast immer gelitten; die sensibilitas tactilis ist gewöhnlich normal, aber Stiche werden zuweilen kaum empfunden; die sensibilitas thermica existiert am häufigsten nicht im Bezirke der Induration oder verursacht perverse Sensationen. In der Wahrnehmung schmerzhafter und thermischer Sensationen findet häufig eine beträchtliche Verspätung statt.

Die Patellarreflexe sind zuweilen verschwunden, oft abgeschwächt, oft auch normal. Ebenso verhält es sich mit dem Plantarreflex. Aufser der Existenz der Varicen, welche häufig weniger stark entwickelt als zahlreich sind, kann man von seiten des Cirkulationsapparates noch sehr häufig atheromatöse Entartung der Arterien finden, nicht allein im Bereiche des kranken Gliedes, sondern in allen Arterien. An dem erkrankten Gliede findet man schon, einfach mit der Hand bemerkbar, einen Temperaturunterschied mit dem korrespondierenden Gliede. Dieser Unterschied fällt fast immer zu gunsten des kranken Gliedes aus, er kann variieren zwischen 0,5° bis zu 3,6°; im Mittel ist er 1, 5°. Er wird durch einen Entzündungszustand des betreffenden Gliedes verursacht und ist im Momente des Ausbruchs eines akuten Ekzems stärker. Die lokale Temperatursteigerung des betreffenden Gliedes geht erst dann wieder zurück auf die Norm, wenn alle Entzündungserscheinungen verschwunden sind.

Wenn ein Glied ergriffen ist, so ist gewöhnlich auch das andere Bein in leichtem Grade von der oberflächlichen Hautentzündung befallen. Im Gegensatz zu den anderen Formen der Elephantiasis bleibt der Allgemeinzustand sehr lange ausgezeichnet, und es ist eigentlich mehr eine Erkrankung als eine Krankheit. Diese Affektionen können verwechselt werden mit Ichthyosis, Myxödem, den nach Skorbut auftretenden Indurationen, Elephantiasis der Tropen, gewissen, durch Malaria verursachten Lymphangioitiden, gewissen, bei Syphilis, Lupus, Lepra sich findenden Veränderungen der unteren Extremitäten.

Bei der Sektion eines von pachydermischen Veränderungen befallenen Gliedes, findet man die Cutis sehr resistent, mitunter selbst von Knorpelhärte. Das subkutane Bindegewebe kann mehrere Centimeter Dicke gewinnen und hat entweder ein gleichmäfsiges Aussehen oder läfst sich auch in Schichten zerlegen. In den oberen Partieen

nimmt die Verdickung und die Verschmelzung der Cutis und der Subcutis allmählich zu, in den untern dagegen, auf der Höhe des Spannes, hört die Sklerose ganz plötzlich an der Verbindungslinie der beiden Malleolen auf. Die Aponeurosen und die Zwischenmuskelbänder sind sklerosiert, sie bilden die Mittelpunkte, von denen aus fibröse Strahlen zwischen die Muskelbündel dringen und sie trennen; das Muskelgewebe kann sogar schliefslich vollständig verschwinden. Die Knochen sind in ihrem unteren Teile hypertrophisch. Die Arterien sind fast immer atheromatös, die Venen varikös. Die Lymphdrüsen sind von einer verhärteten Fettkapsel umgeben und ihre Färbung erinnert an die der Milz; sie sind in fibröses Gewebe umgewandelt und ihre Undurchdringlichkeit spielt eine gewisse Rolle bei dem Entstehen und der Fortdauer der elephantiastischen Entzündung. Die Nerven können verdickt sein, doch sind ihre Veränderungen erst mikroskopisch wahrzunehmen.

Unter dem Mikroskope unterscheiden sich die Veränderungen bei der glatten, der verrukösen Form der Entzündung und bei der Elephantiasis. Bei der glatten, hypertrophischen Form der Entzündung ist die Epidermis verdünnt, die Abschuppung unaufhörlich, die Kerne des Strat. spinos. sind atrophiert. Der Papillarkörper ist relativ atrophisch, die Papillen sind wenig hoch, die Kapillarschlingen schmächtig. Die Cutis ist verdickt, ihre Bindegewebsbündel sind dicker, zahlreicher und dichter gelagert als normal. Die Lymphkapillaren sind sehr erweitert. Die Haare, Knäueldrüsen und Talgdrüsen sind sehr oft atrophisch.

Bei der verrukösen Form der hypertrophisierenden Hautentzündung ist die Hornschicht sehr verdickt; Kerne sind bis in dem höchsten Lager noch erhalten. Die Papillen sind stark verlängert und bestehen aus einem embryonalen Bindegewebe mit schleimiger Zwischensubstanz; weite Lymphspalten liegen in den Interstitien dieses Gewebes; an der Grenze zwischen Cutis und Fettgewebe zahlreiche neugebildete Kapillaren in allen Richtungen. Im Anfang besteht die Veränderung im Auftreten von Rundzellen um die Gefäfse. Bei der elephantiastischen Degeneration können die Bindegewebsbündel und das elastische Gewebe beträchtlich entwickelt sein, oft gibt es mitten im Corium zerstreute Massen von glatten Fasern, welche bündelweise in verschiedener Richtung gelagert sind; diese glatten Fasern nehmen besonders die tiefen Partieen der Cutis ein.

Das Ödem, welches bei Varicen früher oder später infolge der Cirkulationsstörungen erscheint, erleichtert das Auftreten von Hautentzündung und von Elephantiasis. Aber als allgemeine Regel gilt, dafs die Entzündung und besonders die Elephantiasis erst den Geschwüren und dem Ekzem folgen. Die Geschwüre sind infolge der Reizung, welcher sie beim Stehen, Gehen, durch Unreinlichkeit ausgesetzt sind, der Ausgangspunkt einer Entzündung, welche wahrscheinlich das Lymphgefäfsnetz befällt und nach welcher nicht selten Lymphangitis der Stämme und Lymphdrüsenschwellung auftreten. Die Drüsen bleiben voluminös und hart. Ebenso ist das Ekzem, welches mit jedem Ausbruch entzündliche Infiltration und Ödem der Cutis herbeiführt, die Ursache von Lymphangitis, auf die ebenfalls eine Schwellung und Verhärtung der Drüsen folgt. Diese Lymphstase verändert auch die Haut und bedingt, dafs in die Kontinuitätstrennungen der Haut leichter die Infektionskeime eindringen können. Lymphangitiden folgen schubweise auf einander, verringern noch mehr die Durchlässigkeit der Drüsen und hinterlassen ein immer wachsendes Ödem, welches in den Ruhepausen sich mehr und mehr organisiert. So vergröfsert die Lymphangitis das Ödem und letzteres ruft erstere wieder hervor. Die Prophylaxe solcher Affektion besteht also darin, so schnell wie möglich die Geschwüre oder das Ekzem zur Heilung zu bringen; erstere durch nichtreizende, antiseptische Umschläge und besonders mit Unguent. neapolit. nach den Vorschlägen von Lucas Championnière, wenn nötig auch

durch Transplantationen. Bestehen einmal jene Affektionen, so gibt es kein Mittel, der Haut die Geschmeidigkeit wieder zu geben. Die Skarifikationen der Geschwürsränder nach VIDAL allein hat einen günstigen Effekt; ausnahmsweise bleibt nur die Amputation übrig. Doch vorher sollte man den Versuch machen, die Haut durch Fette, permanente Umschläge, heifse lokale Bäder und Douchen, vorsichtige Massage zu erweichen.

Dieser auf 42 Beobachtungen begründeten These sind 2 schöne Phototypieen von Krankheitsfällen beigefügt. *Tavernier-Lille.*

(Übersetzt von L. PHILIPPSON in Hamburg.)

Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau, par le Dr. D. VON HAREN NOMAN, Prof. e. o. der Klinik für Dermatologie und Syphilis in Amsterdam.

Der Zweck dieses Werkes — Abbildungen der verschiedensten, möglichst charakteristischen Hautkrankheitsfälle wiederzugeben und deren differential-diagnostische Merkmale hervorzuheben — ist nicht neu. Andere hatten sich schon längst in mehr oder weniger ähnlicher Form dieselbe Aufgabe gestellt und mit mehr oder weniger gutem Erfolg gelöst. Ohne diesen löblichen, mühevollen Versuchen die ihnen gebührende Anerkennung absprechen zu wollen, mufs man dem Amsterdamer Professor das Verdienst einräumen, das bis jetzt in diesem Gebiete Existierende weit überflügelt zu haben, denn die DAGUERREsche Kunst feiert in seinen Händen einen wahren Triumph. Bei einer solchen Vollkommenheit in der photographischen Wiedergebung der feinsten krankhaften Veränderungen der Haut, wie dieses Werk sie aufweist, tritt selbst die Bedeutung kolorierter Tafeln, wir wir sie aus den bezüglichen Publikationen kennen, in den Hintergrund. Bei letzteren gibt uns oft erst der unter der Tafel liegende Krankheitsname Aufschlufs über das, was das Bild darstellen soll. Hier ist dagegen die Diagnose des abgebildeten Krankheitsfalles meistens beim ersten Blick möglich. Der Text dazu ist sachlich, lakonisch, prägnant verfafst.

Die uns vorliegende erste Lieferung enthält die Tafeln: IX. Herpes Zoster, X. Gangraena cutis acuta multiplex, XI.—XIV. Psoriasis vulgaris, mit sehr gelungenen Abbildungen, namentlich die vier letzten sind vorzüglich. Dieses Buch wird sich gewifs nicht allein in den fachmännischen Kreisen leicht Bahn brechen, sondern und hauptsächlich auch bei den praktischen Ärzten grofsen Anklang finden, welche bei eventuellen diagnostischen Schwierigkeiten hier die beste Unterstützung finden werden. Der verhältnismäfsig billige Preis trotz der musterhaften Ausstattung kann das Werk auch nur empfehlen. Mögen dieser ersten Lieferung die anderen bald folgen und sich dabei das Sprichwort bewähren „il buon dì si conosce da mattina." *Buzzi-Berlin.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomie der Haut.

Was bedingt die weifse Farbe unserer Haut? von Dr. E. KROMAYER in Halle. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25.) Unsere Haut verdankt ihre gröfsere oder geringere Weifse recht verschiedenen Umständen, die sich kurz zusammenfassen lassen: 1. Der relativen Durchsichtigkeit von Epidermis und Cutis. 2. Der Anämie des Papillarkörpers. 3. Dem Fettgehalt des subkutanen Bindegewebes.

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Pyoktanin. (Neues Antisepticum.) (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 6.) Stilling in Strafsburg verspricht sich von der Anwendung dieses Antisepticums bei Hautkrankheiten und Syphilis einen besonderen Nutzen. (s. Referat über Petersen, pag. 85.)

Über die Formveränderungen des Papillarkörpers der Haut durch die Wirkung einfacher mechanischer Kräfte, von Dr. L. Philippson. (Aus Unnas dermatologischem Laboratorium.) (*Virchows Archiv.* Bd. 120.) Für die Beurteilung der Form des Papillarkörpers und des epithelialen Leistennetzes erweisen sich die Flächenbilder als ein sehr bequemes und sicheres Hilfsmittel, welches vor den Zweideutigkeiten der Schnittpräparate schützt. Auf den Flächenbildern ist es leicht zu demonstrieren, was für veränderliche Gebilde die Papillen und die Leisten der Epidermis sind. Gerade so, wie beim Fötus zu einer Zeit die Cutis durch eine einfach krumme Fläche sich von dem Epithel schied und erst sekundär die Papillenbildung und Leistenbildung auftrat, ebenso können umgekehrt wieder die Papillen in die obere Koriumschicht hineingezogen und die Leisten zur Deckung der alsdann vergrößerten Cutisoberfläche verwendet werden. Die Trennungsfläche zwischen Epithel und Bindegewebe ist eben kein starres Gebilde, sondern nur ein Grenzphänomen zwischen zwei verschieden stark wachsenden Geweben (Unna). Diese Plastizität der Gewebe erlaubt den auf sie einwirkenden mechanischen Kräften ein relativ ungehindertes Spiel. Möge die angreifende Kraft auf größere Hautstrecken wirken (wie der Zug bei der Stria und bei den Spannungsfurchen) oder lokal beschränkt sein, wie die Schrumpfung von Narbengewebe oder das Wachstum des Bindegewebes im Fibrom oder der Druck bei der Verhornungsanomalie des Clavus, stets findet man im wesentlichen denselben Typus der Modifikation in der Form der Papillen und des epithelialen Leistennetzes. Und dieser Typus ist so charakteristisch, dafs er sich scharf von den durch biochemische oder thermische Kräfte gesetzten Formveränderungen dieser Gebilde unterscheiden läfst. Man wird daher diese Formveränderung des Leistennetzes und des Papillarkörpers unter pathologischen Verhältnissen nicht dem Krankheitsprozefs als solchem zuschreiben, sondern vielmehr den als notwendige Begleiterscheinungen mit ihm zugleich wirkenden mechanischen Momenten.

L. Hoffmann-Berlin.

II. System der Hautkrankheiten.

A. Cirkulationsstörungen.

Über die primäre Purpura haemorrhagica oder Purpura infectiosa, von Martin de Gimard. (*Thèse de Paris.* 1888.) Abgesehen von der sekundären Purpura, von der bei verschiedenen Nervenkrankheiten, nach Intoxikationen vorkommenden, nimmt Verf. noch eine Purpura an, welche durch Mikroorganismen hervorgerufen wird. „Dicse Form" — sagt er — „ist eine wirkliche Krankheitseinheit, welche neben den anderen akuten Exanthemen, Scharlach und Masern, stehen mufs und welche sich

ebenso sehr von den anderen Formen der Purpura, wie Masern und Scharlach von den anderen Erythemen unterscheiden."

Die Ätiologie der primären Purpura ist sehr dunkel: Gemütserregungen, Verwundungen haben keinen wirklichen Einfluſs — Entbehrungen, schlechte Hygiene, frühere Krankheiten begünstigen gewiſs die Entwickelung, aber man kann sie auch bei kräftigen, robusten Personen beobachten. Sie kommt bei jeder Altersklasse vor, aber besonders bei jungen Leuten und Kindern. Sie ist vielleicht epidemisch, oder wenigstens kommt sie vorübergehend gehäuft vor und ist vielleicht auch kontagiös.

Die klinischen Formen der hämorrhagischen Purpura primaris sind ziemlich wechselnd. Neben der gutartigen Form, deren Typus Morbus Werlhofii ist, kann man eine besonders von Mathieu und Gomot beschriebene typhoide Form beobachten; eine sehr akute Form, die in wenigen Stunden zum Tode führt, wovon Verf. mehrere Beispiele anführt, und die unserer Meinung nach besonders bei Kindern vorkommt; es gibt auch eine gangränöse Form der Purpura, welche von Worms, Legg beobachtet wurde, und wovon Verf. vor kurzem 2 Beobachtungen veröffentlicht hat und wovon er hier drei neue Beispiele anführt; schlieſslich eine pseudo-rheumatische Form, wo die Gelenkerscheinungen an diejenigen bei infektiösen Krankheiten erinnert. Die allgemeinen, bei diesen verschiedenen Formen auftretenden Symptome müssen denjenigen bei Infektionen an die Seite gestellt werden. — Mit letzteren teilt sie auch die Eigenschaft, daſs sie von Mutterfrucht übertragbar ist (Dohrns Beobachtung).

Auſser Hämorrhagien findet man bei der Autopsie von an Purpura Verstorbenen Veränderungen der Leber, Milz, Nieren, welche denjenigen bei infektiösen Krankheiten ähnlich sind.

Bakteriologische Untersuchung des Blutes von 2 Kranken lieſs Verf. dieselben Mikrokokken finden, wie schon Pétrone und andere Autoren. In einem der Fälle lieferte das Ausgieſsen von Blut auf Agar und Bouillon Reinkulturen eines Mikrokokkus, der sich mit den verschiedenen Reagentien färbte, kreisrunde Bewegungen ausführte, 0,8 bis 0,9 μ groſs war. Die Kokken befanden sich zu 2, 3, 4 oder in noch gröſserer Zahl in Gruppen zusammen und imitierten bald das Aussehen von Streptokokken, bald von Staphylokokken, letzteres häufiger. Auf Agar hielten sich die Kulturen einzig an die Oberfläche, bildeten weiſse, milchige, rundliche, in der Mitte dickere Flecken als am Rande, welch letzterer jedoch hervorsprang. Auf Bouillon bildeten die Kulturen eine weiſsliche Wolke. Die Mikrokokken waren mit dem Moment der Heilung aus dem Blute verschwunden. Verf. hat sie in Hautstückchen nachgewiesen, welche er gleich nach dem Tode der Leiche entnommen hatte. Injektion der Mikrobenkulturen in die Subkutis und das Peritoneum des Kaninchens ergab kein Resultat, in die Ohrvenen gespritzt, führten die Mikroben bei 3 Kaninchen Ekchymosen herbei.

Aus diesen Untersuchungen und dem klinischen Studium schlieſst Verf., daſs die sonst so schwer zu erklärende Pathogenie der primären Purpura zu suchen sei in einem pathogenen Pilze. Dieser dringt ins Körperinnere, entwickelt sich im Blute, haftet in irgend einem Gefäſse fest, verändert die Wände und führt zu einer Ruptur. Die Mikroben können sich im Blute verbreiten und durch Autoinfektion die Schübe hervorrufen, die man gewöhnlich im Krankheitsverlaufe beobachtet. Ohne diese Ansichten des Verf. gründlich diskutieren zu wollen, müssen wir doch einige Bemerkungen hinzufügen.

Erstens gibt es unter den angeführten Beobachtungen einige, welche augenscheinlich zu der Purpuraform gehören, bei welcher die Infektion nicht in Betracht kommt, sondern welche Überanstrengung zugeschrieben werden müssen. Weiter handelte es sich in den beiden Fällen, wo Verf. seine bakteriologischen Untersuchungen

anstellte, um Purpura mit Gangrän. Man kann sich hier also fragen, ob jene Mikroben nicht die Ursache der Gangrän waren, einer wirklichen sekundären Infektion oder ob sie nicht erst nach der Gangrän und durch dieselbe in den Körper eingedrungen sind. Dieser schwere Irrtum erlaubt nicht, definitiv dem Kokkus diejenige Rolle zuzuerteilen, welche Verf. ihm verleiht. Es braucht nicht hinzugefügt zu werden, dafs diese gewöhnlichen Vorgänge der Hämorrhagien nicht immer von einem einzigen Pilze abzuhängen hätten und dafs es nicht eine einzige infektiöse Purpura Hämorrhagica, sondern eine Klasse gäbe. *Tavernier-Lille.*

(Übersetzt von Dr. L. PHILIPPSON in Hamburg.)

Die Influenza und Hautaffektionen, von Prof. SCHWIMMER. (*Orvosi Hetilap.* 1890. No. 14.) S. beobachtete im Gefolge der Influenza folgende Hautkrankheiten:

I. Herpetische Form. Des öfteren trat Herpes an den Lippen und den Nasenflügeln auf. In zwei Fällen (bei Männern) traten Herpes iris und circinatus auf.

II. Erytheme. Multiformes Erythem wurde in 3 Fällen beobachtet.

III. Morbilli in 2 Fällen. In beiden Fällen (bei einem 12- und einem 14jährigen Kinde) trat nach der Influenza unter mäfsigen Fiebersymptomen ein masernartiges Exanthem auf.

In 3 Fällen beobachtete S. gleich nach der Influenza an früher nicht hautkranken Frauen das Auftreten von Psoriasis vulg. acut. *Róna-Budapest.*

C. Neuritische Entzündungen.

Über Pemphigus, von Prof. MOSLER in Greifswald. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 22.) Bei einem 42jährigen Ackerbürger entwickelte sich im Juli 1889 an den beiden Unterextremitäten das Hautleiden als Blasen mit klarem wässerigen Inalt, die sich rasch vermehrten und vergröfserten. Hatten dieselben Weinbeeren- bis Wallnufsgröfse und mehr erreicht, dann platzten sie auf, entleerten ihren graugelben oder trüben Inhalt, vertrockneten zu bräunlichen Borken, hinterliefsen längere Zeit noch dunkle Flecke, aber keine Narbenbildung. In nächster Umgebung bildeten sich zahlreiche neue Blasen, die in gleicher Weise sich verhielten. Nach etwa 14 Tagen hörte die Blasenbildung auf, es erfolgte scheinbare Heilung. Schon nach 6 Wochen Recidiv an den Oberextremitäten, das sich von da über Unterarme, Handrücken, Oberarme, Schultern, Hals, Gesicht, Rücken, ja selbst Kopfhaut verbreitete. Schleimhautaffektionen waren nicht vorhanden, Nervenerscheinungen und Fieber fehlten Verdauung intakt, nur an den erkrankten Stellen bestand mäfsiges Brennen und Jucken. Die bakteriologische Untersuchung des Inhalts der Blasen ergab ein negatives Resultat. Impfungen des Blaseninhalts am Menschen verliefen ebenfalls resultatlos. Therapeutisch hat von allen innerlich und äufserlich angewandten Medikamenten noch Chin. muriat. innerlich am besten gewirkt. M. glaubt, dafs alle von ihm beobachteten Fälle von Pemphigus, darunter auch scheinbar genuiner Pemphigus nicht als selbständige Erkrankung, sondern als Symptom einer vasomotorischen Neurose aufzufassen seien. *L. Hoffmann-Berlin.*

D. Infektiöse Entzündungen.

I. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Morbilli recidivi bei einem an Pertussis leidenden Kinde, von Dr. K. Szegö, Sekundararzt des Stephaniekinderspitals. (*Orvosi Hetilap.* 1890. No. 26.) M. Sz., 4½jähriges Mädchen, wurde am 30. April mit Pertussis aufgenommen. Die Kleine bekam gegen dieselbe (in 7 Tagen 8 g) Antipyrin. Am 11. Mai traten unter heftigem Fieber Masern auf. Am 17. Mai wieder Temperaturerhöhung und es traten im Gesichte, am Halse, am Stamm und den Streckseiten der Extremitäten linsen- bis pfenniggroſse, rotbraune, hämorrhagische Flecke auf. Die Schleimhäute blieben intakt. Am 22. waren nur noch Spuren vom Ausschlag. Verf. verwahrt sich dagegen, daſs der erste Ausschlag ein Antipyrinexanthem oder eine Rubeola gewesen wäre.

Róna-Budapest.

---

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Ist die Lepra eine „im Aussterben begriffene" Infektionskrankheit und ist sie erblich? von G. A. Hansen in Bergen. (*Virchows Archiv.* Bd. 120.) Verf. glaubt in seiner Annahme nicht zu weit zu gehen, wenn er die Übertragung der Lepra durch Ansteckung als bewiesen ansieht. Ist aber die Krankheit ansteckend, so scheint ihm sowohl die Abnahme derselben in Norwegen durch die Isolationsmaſsregeln leicht erklärlich, als auch die Ausbreitung der Krankheit auf den Sandwich-Inseln. Keine von diesen Erfahrungen läſst sich durch die Erblichkeit erklären. Im Jahre 1856 gab es in Norwegen beinahe 3000 Lepröse, jetzt kaum mehr als 800. Jede Verbesserung der Reinlichkeit, sowohl der persönlichen, als im Haushalte führt zur Verminderung der Krankheit und Verf. will gerade aus den Beobachtungen in Nordamerika den Schluſs ziehen, daſs die gröſsere Reinlichkeit dort die Ansteckung hindert. Er erachtet es als ziemlich klar bewiesen, daſs die Lepra keine erbliche Krankheit ist.

L. Hoffmann-Berlin.

β. Tuberkulose.

Tuberkelbacillen in dem Schweiſse tuberkulöser Personen. (*Internat. klin. Rundschau.* 1890. No. 10.) Dr. Mattei hat in dem Schweiſse tuberkulöser Personen die Tuberkelbacillen nachweisen können. Sowohl der Schweiſs, als auch die Bacillenkulturen rufen, auf Tiere überimpft, Tuberkulose hervor. Wenn jedoch der Schweiſs mit den nötigen antiseptischen Kautelen gewonnen wird, so weist er keine Bacillen auf und seine Überimpfung erzeugt keine Tuberkulose. Durch den Schweiſs der Phthisiker kann also Ansteckung erfolgen. Aus Matteis Untersuchungen geht jedoch nicht hervor, daſs die Kochschen Bacillen sich durch das Hautorgan zusammen mit dem Schweiſse ausscheiden.

Dreckmann-Recklinghausen.

γ. Syphilis.

Intramuskuläre Einspritzungen von Hydrargyrum thymolo-aceticum bei Syphilis, von Dr. Löwenthal. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25.) Das essigsaure

Thymolquecksilber ist eine Doppelverbindung aus essigsaurem Quecksilberoxyd und Thymolquecksilber; es ist ein farbloses, krystallinisches Salz und geruchlos in frischem Zustande. Es enthält 56,94 % Quecksilber, 18,8 % Essigsäureanhydrit und 24,57 % Thymol. Wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit wurde etwas Cocain zugesetzt und von folgender Lösung:

Hydrarg. thymolo-acet.	1,0
Glycerin	10,0
Cocain. muriat.	0,1

wurde wöchentlich eine Spritze voll injiciert. L. will nur geringe Schmerzen, nie Abscesse, kaum eine Infiltration beobachtet haben, natürlich bei vollständiger Antisepsis. Die Erfolge waren günstig, nach 10—12 Injektionen traten Recidive nicht leicht auf. (?) Salivation ist fast ausgeschlossen, wenn nicht kariöse Zähne oder Cigarrenrauchen die Veranlassung dazu geben; ferner ist niemals Enteritis beobachtet worden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Impfsyphilis. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 33.) Mit dem Impfstoff der medizinischen Akademie in Paris wurden 5 Kinder syphilitisch inficiert. Das Virus rührte ohne Zweifel her von dem einen der beiden Kinder, von welchem die Lymphe entnommen war. Die benutzten Instrumente waren unbedingt rein. Das betreffende Kind hatte zwar keine anderen manifesten Krankheitssymptome, als eine leichte Induration des Hodens und Nebenhodens; trotzdem ist bei demselben das Vorhandensein der Lues anzunehmen. In der Sitzung der Akademie, in welcher dieser Fall zur Sprache kam, wurde von Fournier vorgeschlagen: 1. man solle sich nie ein und desselben Instrumentes bedienen, um 2 Kinder zu impfen; 2. es solle nur mit animaler Lymphe geimpft werden. Diese Vorschläge wurden einer zu diesem Zwecke gebildeten Kommission zur Beratung überwiesen.

Über die lokalen Antiseptica bei der Behandlung der Syphilis. (*Intern. klin. Rundschau.* 1889. No. 33.) Vortrag von Hallopeau auf dem Pariser Kongrefs. Die Behandlung der lokalen Affektionen der Syphilis ist, weil dieselben eine Reinfektionsquelle sein können, durchaus notwendig. Die hierbei gebräuchlichen Mittel sind: Merkurpräparate und Jodoform. Nitras mercurii wirkt sehr stark kaustisch, stärker als das gebräuchliche nitr. argent. Die grofse Schmerzhaftigkeit lindert man mit Cocain. Gebräuchlich bei Schleimhautaffektionen.

$HgCl_2$ in Pulverform erzeugt wegen seiner kaustischen Wirkung leicht Dermatitiden. Man kann es als Abortivum bei ganz frischen Geschwüren versuchen.

$HgCl_2$ in wässerigen Lösungen ist, besonders in der Form des Sublimatdunstverbandes appliziert, sehr zweckmäfsig bei allen syphilitischen Ulcerationen.

Sublimatbäder sind bei ausgebreiteten Roseolen und papulösen Syphiliden indiciert.

Merkursalben wendet man bei nicht ulcerierenden lokalen Affektionen an.

Die günstigen Erfolge der subkutanen Injektionen von Merkurpräparaten bei lokalen Affektionen sind bekannt. Die für direkte Anwendung der Medikamente unerreichbaren Syphiliden der Respirationswege werden durch Inhalation von Dämpfen bekämpft, die man dadurch erhält, dafs man Zinnober auf eine erhitzte Fläche fallen läfst.

Das Jodoform ist nur bei ulcerösen Prozessen indiciert und wirkt hier mindestens ebenso sicher, als der Merkur. Man kann es in Pulver- oder Salbenform, in Ätherlösung, als Jodoformgaze, oder in der Form der Unnaschen Pflastermulle zur Anwendung bringen.

II. Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Behandlung der Alopecie. (*Intern. klin. Rundschau.* 1889. No. 33.) Hallopeau sprach auf dem Pariser Kongrefs über die Behandlung der Alopecie. Man hat prophylaktisch und kurativ vorzugehen. In ersterer Hinsicht: Desinfektion der Kämme, Haarbürsten nach jedem Gebrauch, nachts Tragen einer Kopfkappe, welche jeden Tag gewechselt wird, Reinigung des bei Tage getragenen Kopfputzes. In kurativer Beziehung sucht man den Parasiten zu tödten; durch Vesikantien (Kantharidentinktur) beseitigt man zunächst die Epidermis und reibt dann ein Alkoholextrakt aus Terpentinöl, dem ein 1‰iges Sublimat zugefügt wird, ein. Als sonstige Antiparasitaria können noch angeführt werden: Karbolsäure mit Sublimatlösung, Tinct. Capsicae und Staphisagrii, Naphthol und ein Alkoholextrakt der Lavandula.

Eine durch die kombinierte Anwendung der Vesikantien und Waschungen mit antiparasitären Flüssigkeiten sorgfältig behandelte Alopecie mufs in 3—4 Monaten heilen, während eine vernachlässigte das ganze Leben hindurch dauern kann.

Dreckmann-Recklinghausen.

Ein Fall von Nephritis acuta haemorrhagica im Gefolge von Impetigo, vorgestellt im ärztlichen Verein (19. April 1890) zu Budapest, von Dr. F. Szontagh. Am 24. März bekam Sz. das 3—4jährige Kind zu Gesicht. Seit 2 Wochen hatte es einen impetiginösen Ausschlag (grofse Pusteln an den unteren Extremitäten), seit 2 Tagen Fieber und Anasarca, bei der Untersuchung auch Ascites in kleinem Mafse. Kein Herzfehler. Die Harnuntersuchung konstatierte eine akute Nephritis, welche in 4 Wochen heilte. *Róna-Budapest.*

Gegen Scabies. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 5.) Dr. Paul gibt in der *Revue de Medicine* die Formel an zur Bereitung einer Petroleumseife gegen Scabies:

Gewöhnliche Seife 100,0, Wachs 40,0, Petroleum 50,0 und Alkohol 50,0.

Es genügen 4 Einseifungen täglich. Nach 1 oder 2 Tagen ist die Krätze verschwunden. Die Seife ist besonders bei Personen mit zarter, reizbarer Haut zu empfehlen.

b. *der Cutis.*

Rhinosklerombacillen, von Dr. Paltauf. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 3.) In 5 unzweifelhaften Fällen von Sklerom des Larynx konnten die spezifischen Bacillen kultiviert werden; in andern Fällen, wo es sich um die Differentialdiagnose zwischen Sklerom und Syphilis handelte, wurde bei Fehlen der Bacillen die antiluetische Behandlung eingeleitet und der Erfolg bestätigte die Diagnose auf Lues. Die Rhinosklerombacillen scheinen also von ätiologischer Bedeutung für die Entstehung der Geschwülste zu sein. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Ein Fall von Akne varioliformis, vorgestellt im ärztl. Verein zu Budapest, 1890, 3. Mai, von Dr. Havas. Die typischen Efflorescenzen okkupierten die Stirne, die Haargrenze, die Gegend hinter den Ohren. Dr. Róna bemerkte zu dieser Vorstellung, dafs nach seinen Erfahrungen die mit Akne varioliformis Behafteten stets an hochgradiger Seborrhöe leiden und dafs für die Papeln höchstwahrscheinlich das veränderte Fett das ätiologische Moment abgibt, dafs hingegen die Eiterung, die Pustelbildung eine sekundäre und parasitäre ist. *Róna-Budapest.*

Die antiseptische Behandlung des Erysipels. Jorissewni empfahl auf dem internat. med. Kongrefs in Paris das Erysipel mit Sublimat zu behandeln.

Als Konstituens verwirft J. das Lanolin, Vaselin und Fett, sondern bedient sich einer Mischung von Cacaobutter und Vaselin als der geeignetsten Salbengrundlage.

Dreckmann-Recklinghausen.

Lymphangioma circumscriptum, von Malcolm Morris. (*Internat. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Heft 1. Hamburg, Leopold Voss, mit 1 Tafel in Chromodruck.) Patientin stammt aus tuberkulös belasteter Familie, ist 7 Jahre alt und schon seit dem vierten Lebensmonat mit dem Leiden behaftet. Über dem oberen Teile des linken M. cucullaris befinden sich mehrere Bläschengruppen, die den Warzen sehr ähneln, beim Anstechen eiweifshaltige Flüssigkeit entleeren und auf ihrem Scheitel Venektasien enthalten. In histologischer Beziehung kann Morris keine eigenen Erfahrungen mitteilen, sondern stützt sich auf die Befunde von Sangster, welcher im Papillarkörper flaschenförmige Höhlungen (wahrscheinlich durch Ausdehnung und Berstung der Lymphspalten entstanden) und im tieferen Teile der Cutis kleinere und regelmäfsiger gestaltete Räume fand (erweiterte Lymphgefäfse?).

Differentiell diagnostisch kamen in Betracht:

1. Elephantiasis, welche wegen der fehlenden Anschwellung des erkrankten Gliedes ausgeschlossen wurde. Auch lassen sich bei Elephantiasis die blasenähnlichen Geschwülste komprimieren, und entsprechen dieselben kavernös erweiterten tiefen Lymphgefäfsen.

2. Lymphangioma tuberosum multiplex; bei diesem jedoch besteht die Eruption aus soliden Papeln, welche nicht gruppenweise angeordnet, sondern über den ganzen Rumpf zerstreut sind.

Bezüglich der Klassifikation kommt Morris zu keinem festen Entschlufs; nur glaubt er Verwahrung gegen die Hutchinsonsche Bezeichnung „Lupus lymphaticus" einlegen zu müssen, da die Krankheit mit Lupus nichts gemein hat.

P. Taenzer-Leipzig.

E. Progressive Ernährungsstörungen.

II. Benigne.

Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase, von Dr. Karl Hess in Heidelberg. (*Virchows Archiv.* Bd. 120.) Verf. beschreibt einen Fall, bei dem es sich um eine multiple Entwickelung von circumscripten Hautmyomen handelt, die mit einer mehr diffusen Ausbreitung von glatten Muskelfasern kombiniert sind. Als Ausgangspunkt ist die Muscularis der Cutisgefäfse anzusehen. Die gröfseren circumscripten Tumoren schieben beim Wachsen das ungesunde Bindegewebe zur Seite und sind daher scheinbar mit einer Kapsel versehen. Das Eigentümliche dieser an sich schon seltenen Geschwulstform ist einmal ihr Sitz, dann das Auftreten bei einem sehr jugendlichen Individuum (schon im 3.—4. Lebensjahre der jetzt 19jährigen Patientin zeigten sich die Tumoren an der Nase), sowie die vollständige Schmerzlosigkeit.

L. Hoffmann-Berlin.

III. Pigmenterkrankungen.

Gegen die Pigmentation der Schwangeren empfiehlt v. Monier die Anwendung folgender Salbe:

℞ *Ol. Cacao*
Ol. Ricini ää 75,0
Zinc. oxyd. pur. 8,0
Hydrarg. praec. alb. 0,12
Essent. Ros. 9,5
M. D. Morgens und abends anzuwenden.
Dreckmann-Recklinghausen.

F. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Über einen Fall von Lymphangiektasie, Lymphorrhagie und Pulmonalarteriensklerose, von Dr. Ebbe in Breslau. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 24.) Eine 29jährige Patientin will in ihrem 8. Lebensjahre das jetzt bestehende Leiden zuerst bemerkt haben, doch dürfte es schon früher bestanden haben. Von Zeit zu Zeit, mitunter wöchentlich, manchmal in Zwischenräumen von mehreren Wochen, bricht in der Schamgegend, seltener in der Leistengegend oder am oberen Teil der inneren Oberschenkelfläche, unter leichtem Stechen eine kleine Hautstelle auf und entleert eine trübe, gelbrötliche Flüssigkeit in verschiedener Menge. Durch dieselbe werden häufig grofse Unterlagen durchnäfst. Im 10. Lebensjahr der Patientin soll einmal ein Bläschen am Schenkel beim Platzen die Flüssigkeit in pulsierendem Strahl entleert haben. Die Entleerung dauert von einer bis zu 24 Stunden, ja noch länger, ist unabhängig von der Periode, die im 20. Jahre zuerst auftrat. Urin stets klar, hatte nie das Aussehen der aus den Hautbläschen entleerten Flüssigkeit. Patientin ist wegen des Vitium cordis kurzatmig. Die Untersuchung ergab, dafs die Vulva hypertrophisch, klaffend, die Schamlippen prall, bis hinauf zur Klitoris dicht besetzt mit wasserhellen Bläschen und pigmentierten Warzen ähnlichen Wucherungen, die auf ihrer Höhe zum Teil von kleinen, trockenen Schorfen bedeckt sind. Oberhalb der Symphyse ziehen hinauf nach der Unterbauchgegend Stränge, die aus perlschnurähnlich an einander gereihten, die Oberhaut erhebenden wasserhellen Bläschen bestehen. Gleiche Stränge ziehen von der Inguinalgegend und der Schenkelfläche dicht unter dem Ligam. Pouparti nach oben und aufsen zur Spina und Crista ilei. Lymphdrüsen nirgends geschwollen. Die aus den geplatzten Bläschen aufgefangene Flüssigkeit ist trübe, milchig, reagiert schwach alkalisch, mit Kalilauge geschüttelt sondert sie sich beim Stehen in 2 Schichten, eine obere milchweifse und eine untere, die klarer und gelblich gefärbt ist. Das Filtrat gerinnt nach Kochen vollkommen, das Gerinnsel bleibt nach Essigsäurezusatz bestehen. Es handelt sich also hier um Varicen der Lymphgefäfsnetze der Cutis. Therapeutisch erwies sich Ergotin von gutem Einfluſs.

II. Specifische.

Demonstration eines Falles von multipler Hautgangrän, von Dr. Rothmann. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 23.) Patientin ist 64 Jahre alt, sonst vollkommen gesund, selbst die Cirkulationsorgane. Am 27. Dezember v. J. empfand sie ein Jucken am linken Unterschenkel an der hinteren Seite und entdeckte als Ursache einen kleinen roten Fleck; dieser vergröfserte sich, es entstanden neue Flecke und

dieselben wurden schwärzlich. Am 6. Januar d. J. zeigten sich auch am rechten Unterschenkel mehrere schwärzliche circumscripte Flecke von verschiedener Gröfse. Der Verlauf derselben ist verschieden. Bei einigen circumscripten nekrotischen Stellen bildet sich eine Demarkationslinie, der nekrotische Schorf fällt ab, und es bleibt ein Geschwür übrig mit scharfen Rändern von verschiedener Tiefe, das dann gewöhnlich heilt. Bei anderen trocknet der Schorf ein und fällt dann ab. Sind einzelne Stellen geheilt, so zeigen sich wieder an anderen Orten der Unterschenkel andere Stellen. Neuralgische Schmerzen sind nicht vorhanden. Die Blutgefäfse der Unterextremitäten sind intakt, Diabetes ist nicht vorhanden. An eine symmetrische Gangrän ist nicht zu denken. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ulerythema akneiforme, von P. G. Unna. (*Intern. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Heft 2. 1 Tafel in Photogravure mit 9 Figuren. Hamburg, Leopold Voss.) Bei einem 17jährigen Mädchen entstanden vor 3 Jahren auf der linken Wange mehrere rote, mückenstichähnliche Papeln. Ein halbes Jahr später dieselbe Affektion auf der rechten Wange. Auf diesen roten Flecken entstanden später Mitesser, während die Röte verschwand, um einer narbenähnlichen Blässe Platz zu machen. Hierauf wurden die Ohrmuscheln befallen und die angrenzenden Partieen der Wange. Die beiden letzteren Stellen heilten spontan, mit Hinterlassung von einem feinen, verzweigten Narbennetz.

Die beiden Flecke auf den Wangen sind von dreieckiger Form und von vielen mattweifsen Leisten durchzogen, welche unter sich kommunizierend ein Netz bilden. Aus den von den Leisten umrandeten vertieften Feldern ragen mit schwarzen Köpfen versehene Komedonen, welche durch ihre gelbliche Farbe gegen das bläuliche Milchweifs der narbigen Stellen abstechen, hervor. An der Stirnhaargrenze viele Riesenkomedonen.

Die Therapie bestand in flacher Abtragung der erkrankten Partien mit nachfolgendem Jodoformverband. Dauernde Heilung.

Histologisch konnte man 3 Stadien unterscheiden:

I. Beginn, klinisch entsprechend den erythematösen Papeln mit allgemeiner Hyperkeratose und Komedonenbildung. (Hypertrophie der Stachelschicht, Hyperkeratose der Oberfläche und Follikel, Verdünnung der Cutis, Lumen der Knäuel erweitert, desgl. die Blutgefäfse. Zellreiche Herde in der Cutis mit Reduzierung des kollagenen Gewebes und erweiterten Saftspalten in denselben).

II. Höhe der Affektion, klinisch entsprechend den blassen eingesunkenen, komedonenbesetzten Flecken. (Stärkere Proliferation der Stachelschicht als im ersten Stadium, abnorme starke Hyperkeratose, Schwund der Lanugohärchen und Talgdrüsen, so dafs die erweiterten Haarbälge von konzentrisch angeordneten Hornperlen und Komedonen ausgefüllt werden. Die Cutis wird ersetzt durch ein spezifisches Zellinfiltrat, dessen Eigentümlichkeit in der Durchsetzung mit grofsen unregelmäfsigen, klaffenden Lymphräumen besteht. Degeneration der kollagenen Substanz. Hautmuskeln und elastisches Gewebe stark hypertrophisch. Dilatierte Blutgefäfse).

III. Rückgang, klinisch entsprechend der umschriebenen Hautatrophie mit seichteren Furchen und tieferen Gruben. (Ausfallen der Hornschicht aus den verhornten Epithelleisten und -Zapfen. Regeneration des kollagenen Gewebes, sehr weite Lymphspalten. Schwund des elastischen Gewebes, dagegen noch hypertrophische Muskeln).

Als Atiologie nimmt U. Parasiten an, welche nach entzündlichem Erythem zu starker Verhornung und Komedonenbildung, wie auch zu elastischer Retraktion des rarefizierten Cutisgewebes und schliefslicher Atrophie führen.

Wegen des Erythems mit konsekutiver Narbenbildung o h n e Eiterung rechnet U. diese Krankheit zu den Ulerythemen (Narbenerythemen).

P. Taenzer-Leipzig.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Eine schmerz- und gefahrlose Methode zur forcierten Erweiterung der Harnröhrenstrikturen, von Dr. Lahusen. (*Deutsche Medizinal-Zeitung.* 1890. No. 45.) Verf. bedient sich eines Bougies, das nach Art der englischen konstruiert ist, mit dem Unterschiede aber, dafs es sich erstens vorn bedeutend verjüngt, ziemlich schnell nahezu spitz wird, um dann in einer Olive zu endigen, und dafs es zweitens sehr leicht komprimierbar ist. Das entsprechende Zinnbougie wird im Lumen des englischen Bougies vorgeschoben. Die Bougies werden nach 15 Minuten entfernt und die Striktur ist damit beseitigt. (!) *Leistikow-Hamburg.*

Verwundung der Blase. (*Intern. Klin. Rundschau.* 1889. No. 48.) Von Dr. Berczeller in Budapest. Bei einer vernachlässigten Querlage wird die Decapitation vorgenommen. Während der Operation bricht das Bett unter der Frau zusammen, wobei der Knopf des Decapitationshakens in die vordere Scheidenwand gerät und eine Blasenscheidefistel entsteht. Die Fistel wird mit zwei Drahtnähten geschlossen. Am 10. Tage wurden die Nähte entfernt; die Vereinigung war eine vollständige.

Entzündung der Glandula Cowperi, von Dr. Bóna. (*Intern. klin. Rundschau.* 1889. No. 48.) Ein 16jähriger, von Masern befallener Knabe fühlte am zweiten Tage nachdem die Temperatur gesunken war, eine Geschwulst in der Darmgegend, welche während drei Tagen haselnufsgrofs wurde. Die Mastdarmuntersuchung ergab eine Geschwulst der rechtsseitigen Cowperschen Drüse. Auf Eis — später Priefsnitz-Umschläge und Jod — Jodkalisalbe trat Heilung ein.

Brown-Séquards Verjüngungsversuche und der restaurierende und erregende Einfluſs des Testikelsaftes auf das Nervensystem. (*Intern. Klin. Rundschau.* 1889. No. 26.) Brown-Séquard machte sich Injektionen aus einem Gemisch von titurierten Meerschweinchentestikeln und dem Blute der vena spermatica. Die physiologischen Resultate waren folgende: Die Nerventhätigkeit war nach jeder Richtung hin erhöht. Die Muskelthätigkeit zeigte sich beträchtlicher als je zuvor. Die Darm- und Blasenkontraktionen wurden lebhafter. Die intellektuelle Kraft hatte um ein bedeutendes zugenommen. Herr Brown fühlte sich, wie er sagte, um 40 Jahre jünger. Diese Wirkungen des Meerschweinchentestikelsaftes scheinen auch dauernde zu sein, denn die letzte Einspritzung geschah vor 10 Tagen, und die Wirkung ist noch unverändert.

Zwei Fälle von Vaginismus, geheilt durch den galvanischen Strom, von Dr. Lomer, Hamburg. (*Intern. Klin. Rundschau.* 1889. No. 52.) Die eine Frau hat seit 2 Monaten, die andere seit 5 Jahren niemals den normalen Coitus ausüben können wegen aufserordentlicher Schmerzhaftigkeit des Introitus Vaginae bei der geringsten Berührung, sowie schmerzhaften Kontraktionen der Dammmuskeln bei jedem Kohabitationsversuche. Die Behandlung mittelst des galvanischen Stromes wurde in der Weise ausgeführt, dafs die Kathode auf den Bauch, die Anode auf den Damm resp. introitus vaginae appliziert wurde. Strom ein- und ausschleichend, so schwach, dafs er kaum gefühlt wurde, alle 2—3 Tage; Dauer der Sitzung 4—5 Minuten. Heilung in beiden Fällen nach 5—6 Wochen.

Über Cystoskopie, mit Bezug auf Diagnose und Therapie von Blasenerkrankungen, insbesondere von Blasentumoren, von Dr. Jos. Grünfeld. (*Intern. klin. Rundschau.* 1889) Von derselben Gründlichkeit und Ausführlichkeit wie der Titel, sind auch die Auseinandersetzungen und Belehrungen, überhaupt der Inhalt des vorliegenden Büchleins.

Nach einem Vortrag der Entwickelungsgeschichte der Cystoskopie, dem kaum 25 Jahre alten Kinde medizinisch-technischer Bestrebungen, bespricht der Verf. kritisch die beiden in Betracht kommenden Methoden derselben, nämlich die eigene des Verf. mit dem reflektierten Lichte und das Cystoskop mit der Edison-Lampe. Sodann werden die praktischen Ergebnisse der Cystoskopie in extenso mitgeteilt, und zwar werden nacheinander abgehandelt: Blasenkatarrh, Blasengeschwüre, Tuberkulose der Blase, Rhagaden an der Blasenmündung der Urethra, Blasensteine, Fremdkörper in der Blase, Blasenscheidenfisteln, Mündung der Uretheren, Blasentumoren. Besonders der letzte Gegenstand, die Blasentumoren, findet eine eingehende Würdigung und Besprechung. Der Verf., der bekanntlich der erste war, dem die Exstirpation eines Blasentumors auf endoskopischem Wege, d. i. per vias naturales gelang, teilt dann schliefslich noch 4 weitere von ihm behandelte Fälle von Blasentumoren mit, die nach den verschiedensten Richtungen Interesse erregen. Wir müssen in dieser Beziehung auf die ausführlichen Krankengeschichten verweisen. Am Schlusse werden folgende Thesen aufgestellt:

1. Die Cystoskopie erfolgt entweder mittelst intravesikaler oder reflektierter Beleuchtung.

2. Für beide eignet sich am besten das Glühlämpchen.

3. Die intravesikale Beleuchtung nach Nitze ist für diagnostische Zwecke von besonderem Werte.

4. Die cystoskopische Methode des Verf. ist zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verwendbar.

5. Zu einem gedeihlichen Resultate ist die Kultivierung beider Methoden der Cystoskopie notwendig.

Hoffentlich erfindet nun bald jemand eine dritte Methode, welche die Vorzüge der beiden bis jetzt bekannten in sich vereinigt, damit der vielbeschäftigte Arzt sich nur mit der Erlernung einer einzigen Methode zu quälen braucht.

Über die Amputation des männlichen Gliedes und die Anwendung versenkter Etagennähte bei derselben, von Dr. H. Keller. (*Beiträge zur klinischen Chirurgie.* Bd. IV.) Nach einem geschichtlichen Rückblick bespricht der Verf. die in der Gegenwart gebräuchlichen Methoden der Amputation des männlichen Gliedes.

1. Amputatio penis mittelst des Messers: Nach Abtragung des penis in einem Zug und Unterbindung der Gefäfse werden die beiden corpora cavernosa penis durch tiefgreifende, querliegende Katgutnähte derart vereinigt, dafs die beiden Schnittflächen aufeinander zu liegen kommen und die tunica albuginea der beiden Schwellkörper sich vorn berührt. Darauf folgt das Anlegen einer zweiten, vertikalen Nahtreihe, welche die äufsere Penishaut über dem vernähten Schwellkörperstumpf zusammenzieht. Die Urethra wird dann nach unten gespalten und ihre Schleimhaut durch radiär angeordnete Suturen mit der äufseren Haut vereinigt.

2. Amputatio penis galvanocaustica. Die galvanocaustische Schneideschlinge wird seitlich angelegt, der Platindraht durch ein Middeldorpfsches Element bis zum Rotglühen (nicht zum Weifsglühen) gebracht und dann langsam angezogen. In der Privatpraxis macht man die Amputation bequemer mit dem Thermocauter.

3. Amputatio penis mittelst des Ecraseurs. Im Vergleich zu den vorigen nicht sehr zu empfehlende Methode, deren Technik nicht näher angegeben zu werden braucht. Zum Schluſs ausführliche Mitteilung von 18 Fällen von amput. penis aus der Czerny'schen Klinik.

Aus der urologischen Praxis, von Dr. J. H. Brick. (*Intern. Klin. Rundschau.* 1889. No. 48.)

1. Die **Kokainspritze** von Ultzmann.

Behufs Kokainisierung der männlichen Harnröhre bedient sich Ultzmann einer zerlegbaren Glasspritze, deren Stempel in 10 Teilstriche geteilt ist. Auf diese Glasspritze wird ein elastisches, geknöpftes, $1^1/_2$ mm dickes Injektionsrohr aufgesetzt. Letzteres wird, mit Glycerin bestrichen, bis in die hintere Harnröhre eingeführt und unter gleichzeitigem sanften Druck auf den Stempel, wodurch die Kokainlösung aus der Spritze ausgepreſst wird, herausgezogen.

2. Die **Kühlklappe für den Penis**, behufs thermokaustischer Spaltung der engen Harnröhrenmündung.

Das enge Orificium der Harnröhre ist öfter ein Hindernis für die Ausführung der Litholapaxie, und da die blutige Erweiterung mit Messer oder Scheere durch die nachfolgende Blutung und durch Beschmutzung des Lithotribes unangenehm ist, hat Ultzmann die Spaltung mittelst des Paquelin vorgenommen. Er bediente sich zu diesem Zwecke einer doppelwandigen Kühlsonde, welche mit einer doppelwandigen Metallklappe derart verbunden war, daſs bei Einleitung von Eiswasser durch das eine Rohr, dasselbe bis an das Ende der Kühlsonde vor und von da beim zweiten Rohre zurückflieſsen kann und auf die Art durch Abkühlung als Schutz gegen die strahlende Wärme für Penis und vordere Urethrawand dient.

Dreckmann - Recklinghausen.

Antiseptische Eigenschaften der Anilinfarben Merk (Pyoktanin), von Dr. O. Petersen, Petersburg. (*Wratsch.* 1890. No. 20.) Auf die Empfehlung Stillings hat Petersen eine Reihe von 48 Versuchen mit dem Methylviolett und Auramin gemacht und ist zu vorzüglichen Resultaten gelangt.

Es kamen zur Behandlung:

Ulcus molle	20
Ulcus induratum	8
Gummöse Ozaena	4
Gummata palati duri	2
Gummata der Epiglottis	1
Gummata des Unterschenkels	1
Gummata des Gesäſses	1
Ecthym. syphilitic.	1
Pannöse Keratitis	3
Keratitis und Iridocyclitis	1
Gonnorrhoische Ophthalmo-blennorhöe	1
Conjunctivitis	1
Circumcisionswunden	4
	48.

Die Ulcera mollia namentlich heilten unter diesem Mittel in überraschend kurzer Zeit. Ein Fall von serpiginösen Ulcera der Haut des Penis und der Vorhaut, die 3 Monate lang mit Jodoform, Thermokauter, Excochleation u. s. w. vergeblich behandelt worden waren, vernarbte nach Anwendung des Pyoktanin in 5 Tagen.

Ebenso günstig wurde die Ozaena syphilitica beeinflufst; auch die syphilitischen Iritiden und Keratitiden waren der Behandlung äufserst zugängig.

Die Art der Anwendung war:

a. Pulver (mit Kalk) 2 : 1000,

b. Lösung 1 : 2000,

c. Crayon.

Als grofser Vorzug vor dem Jodoform wird die Geruchlosigkeit gerühmt. PETERSEN hat in der syphilitischen Abteilung des ALEXANDER-Hospitals zur Erinnerung an den 19. Februar 1868 das Jodoform vollständig durch das Pyoktanin ersetzt und empfiehlt das Mittel sehr warm, ihm eine grofse Zukunft voraussagend.

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Zur Behandlung des Blasenkatarrhs, von Dr. BOEGEHOLD (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 6). Im Jahre 1883 hatte Verf. an der Hand von 20 Beobachtungen von Blasenkatarrhen den innerlichen Gebrauch des Natr. salicyl. empfohlen. Dasselbe liefs ihn aber während einer späteren Anwendung bei 8 Patienten, die an akuter Cystitis erkrankt waren, vollständig im Stich. Es waren alles Fälle von gonorrhoischer Cystitis, wobei aufser dem Natr. salicyl. auch Opiate, Kal. chloric., Kalkwasser, Fol. uvae ursi, Mineralwässer keinen Erfolg hatten. Zufällig wurde nun, wegen eines gleichzeitig bestehenden Fluor ex urethra, Balsamum copaivae angewandt, wonach nicht allein der Ausfluſs aus der Harnröhre nachliefs, sondern auch der Urindrang in 3 Tagen beinahe vollständig schwand. Seitdem ist in 72 Fällen von gonorrhoischer Cystitis der Balsam gegeben, und 60 Mal erfolgte ein schnelles Aufhören des Tenesmus. Beinahe gleichen Schritt mit dem Nachlassen des Harndranges hielt auch die Aufklärung des vorher trüben Urins. Von den 12 Fällen von gonorrhoischer Cystitis, in denen der Balsam seine Wirkung versagte, wurde 4 mal durch Ol. Santali eine erhebliche Besserung herbeigeführt. Bei 12 akuten Blasenkatarrhen, nicht durch Gonorrhöe, sondern durch Erkältung (?) (Kongestion?) erzeugt, erwies sich der Kopaivbalsam 8 mal nützlich. Günstigen Einfluſs auf die Aufklärung des Urins zeigte der Balsam unter 10 Fällen von chronischer Cystitis 5 mal, und zwar 3 mal bei chronischer, gonorrhoischer, 2 mal bei chronischer rheumatischer (?) Cystitis. Der Balsam wurde in Kapseln à 0,6 gr. 4—6 pro die gegeben.

Zur Differenzierung der Gonokokken, von Dr. STEINSCHNEIDER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 24.) Dieser Artikel deckt sich dem Inhalte nach vollkommen mit dem in Bd. X. pag. 510 referierten Aufsatz.

Über die kompensatorische Hypertrophie der Geschlechtsdrüsen, von Prof. Dr. RIBBERT in Bonn. (*Virchows Archiv.* Bd. 120.) Auf Grund zahlreicher exakter Experimente kommt R. zu dem Schluſs, daſs nach Entfernung eines Hodens eine Vergröſserung, bezw. ein stärkeres Wachstum des anderen zu beobachten ist und daſs die Volumszunahme auf hyperplastischen Vorgängen beruht. Die gleichen Ergebnisse wurden bei der Untersuchung der Mammae gewonnen, während die an den Eierstöcken angestellten Experimente kein genügend klares Resultat gaben.

L. Hoffmann-Berlin.

Tendovaginitis blennorrhoica, von Dr. H. Feleki. (*Gyógyaszat.* 1890. No. 19.) F. teilt folgende 2 Fälle mit:

I. L. K., Fabrikarbeiter, kam am Ende des vorigen Jahres zu ihm mit einer 5 Wochen alten Gonorrhöe, welche derzeit schon eine posterior war. Pat. gab an, vor 3 Wochen 6 Tage fiebernd und bettlägerig gewesen zu sein. Während dieser Zeit hatte er am rechten Vorderarme und in der rechten Hand unbedeutende Schmerzen. F. hatte gleich auf Tendovaginitis Verdacht. Einige Tage nach dieser Aufnahme spritzte sich Pat. eine Cuprumlösung ein, worauf die Gonorrhöe heftiger wurde, und nach einer Woche trat unter Fiebersymptomen Tendovaginitis in den Sehnen des M. rad. internus und M. flexor. digitor. subl. auf. In 3 Wochen wichen die Entzündungserscheinungen.

II. N. N., Mediziner, acquirierte am 27. Februar 1890 eine Gonorrhöe. Am 4., 5. und 6. März traten unter Fiebersymptomen folgende Komplikationen auf: Tendovaginitis musc. flexor. digitor. sublimis. extremit. super. l. utr.; musculi extens digitor. com. long. extrem. inf. l. sin.; bursitis praepatellaris l. dextri.

Erst in den letzten Tagen des März konnte Pat. das Bett verlassen. Am 2. April reiste er ab, bekam aber nebst Exacerbation seiner Gonorrhöe ein Recidiv der Sehnenerkrankung, wovon er erst am 20. April genas.

Keiner von den beiden Patienten hatte früher an Rheumatismus gelitten. Bei beiden soll Thallin. sulf. in Dosen von $^1/_4$ g geholfen haben.

Róna-Budapest.

Verschiedenes.

Die Berufsdermatosen der Arbeiter, von Dr. A. Blaschko. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 22.)

II. Das **Ekzem der Möbelpolierer** — der denaturierte Spiritus.

Das Ekzem der Möbelpolierer, welche sofort an den dunkelbraun gefärbten Fingernägeln zu erkennen sind, erstreckt sich in der Regel auf die Interdigitalfalten des Finger- und Handrückens, manchmal auch auf die Vorderarme. Manchmal zeigen sich am Rücken der Hände und Finger einzelne kleine schuppende und leicht juckende Plaques; von Zeit zu Zeit tritt hierzu ein heftig juckendes, akutes, papulöses oder papulo-vesikulöses Ekzem der Hände, der Unter- und Oberarme, oft auch des Gesichts. Seltener kommt es zu einem nässenden Stadium; in der Regel entwickelt sich aus dem papulösen ein schuppendes, an den Händen und Fingern rhagadenbildendes Ekzem, das bald in 2—3 Wochen abheilt, bald aber sich zu einer Monate überdauernden Erkrankung ausbildet, die an einer Stelle heilt, um an einer anderen wieder aufzutreten, und schliefslich sich über den ganzen Körper verbreiten kann, so dafs selbst Stellen, die mit dem Spiritus garnicht in Berührung kommen, erkranken. Die Therapie ist die gewöhnliche Ekzemtherapie; sehr gute Dienste hat B. vielfach folgende Einreibung geleistet:

Bals. peruv.	10,0
Past. salicyl. (F. M. B.)	40,0.

Bei sehr trockenen Formen zieht er Ungt. diachyl. c. Vaselin. parat. vor, in späteren Erkrankungsstadien Teerseifen, Teerzinkpasten oder Ol. Rusei, in Benzol

gelöst, zu Einreibungen. Die Ursache des Ekzems der Möbelpolierer glaubt B. allein in dem Pyridin des denaturierten Spiritus zu sehen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Lokalisation des Arseniks in den Knochen. (*Internat. klin Rundschau.* 1889. No. 33.) In einer Sitzung der medizinischen Akademie in Paris wurde vorstehende Frage diskutiert und die Unrichtigkeit der viel verbreiteten Ansicht, dafs 2—3 Wochen nach einer Arsenikaufnahme in dem Körper jede Spur desselben verschwunden sei, nachgewiesen, indem vielmehr noch nach 5—6 Wochen der Arsenik in den Knochen, und zwar nur in den spongiösen, lokalisiert ist. Der Arsenik tritt dabei in den Phosphaten an die Stelle des Phosphors und bildet Kalk-Arseniksalze, die langsam eliminiert werden. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Petrini und Babes. Sur un cas de Pityriasis rubra Hebrae. *Journ. de l'anat. et de la phys.* 1890.

— — *Note sur une observation de sarcome alvéolaire melanique de la peau.* Congrès de Paris 1889. Paris 1889, G. Baillière et Cie.

J. Neumann. Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte. Wien 1890. Beilage zur *Internat. klin. Rundschau.*

Chiappa. Il primo triennio della clinica dermo-sifilopathica di Pisa. *Giorn. italiano delle malattie veneree e della pelle.* März 1890.

J. Lowinsky. Furunkulose bei Diabetes insipidus. *Centralbl. f. klin. Med.* 1890. No. 21.

Finger. Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.

Seifert. Über Aristol. *Wiener klin. Wochenschr.* 1890. No. 18.

Kromayer. Was bedingt die weifse Farbe unserer Haut. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25.

Mosler. Über Pemphigus. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 22.

Flügge. Über Endocarditis gonorrhoica. Inaugural-Dissertation. Würzburg 1890.

Troplowitz. *Über das Ekzem der Nase.* Inaug.-Dissert. Würzburg 1890.

Eckstein. *Ein offenes Wort über Prostitution.* Leipzig 1889. C. G. Naumann.

Fabry. Über Onychomycosis favosa. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1890.

H. v. Hebra. Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten. *Klinische Zeit- und Streitfragen.* IV. Bd. Wien 1890.

Weiss. Sialorrhöe infolge einer fast ganz vikariierenden Ausscheidung des Queck silbers durch die Speicheldrüsen. *New York. med. Monatsschr.* April 1889.

S. Koulneff. *Étude sur la prétendue lymphangite consecutive à l'induration syphilitique primitive.* Dissert. Paris 1889.

T. Barthélemy. *Syphilis et santé publique.* Paris 1890.

R. W. Taylor. Some practical points in the treatment of Syphilis. *Medical News.* Dezbr. 1889.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 3. 1. August 1890.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über die Natur der Herxheimerschen Spiralen der Oberhaut.

Von

Dr. Alfred Eddowes
in London.

Mit Tafel I und II.

Mit den folgenden Worten leitet K. Herxheimer die Beschreibung der von ihm entdeckten „eigentümlichen Fasern in der Epidermis und im Epithel gewisser Schleimhäute des Menschen“ ein: „Wer mit der Gramschen Methode Schnitte der menschlichen Haut behandelt, der findet zuweilen, dafs die Zellmembranen in der basalen Epidermisschicht den Anilinfarbstoff zurückgehalten haben. Auch mir, der ich viel mit der Gramschen Methode gearbeitet habe, war dieser Umstand schon vor längerer Zeit aufgefallen, ohne dafs ich mir eine plausible Erklärung darüber geben konnte. Die Gramsche Methode ist nun in neuester Zeit durch die von Weigert gefundene Methode zur Färbung von Fibrin und von Mikroorganismen (*Fortschritte der Medizin.* 1887. No. 8) mannigfacher Vorteile halber substituiert worden. Mit dieser letzteren wurde die obige Reaktion noch deutlicher, und man findet in der That sehr häufig die Zellmembranen in der basalen Cylinderzellen-, sowie in der ganzen Stachelzellenschicht nicht blofs diffus, sondern geradezu elektiv gefärbt. Zunächst hat dies für den Mikroskopiker nichts Befremdendes, dem die Erfahrung zur Seite steht, dafs auch andere Epithelien, z. B. diejenigen drüsiger Organe oder solche von Karcinomen oft eine ähnliche Reaktion mit verschiedenen Anilinfarbstoffen geben. Indessen zeigten sich durch die vor nunmehr anderthalb Jahren begonnene Untersuchung eigentümliche spiralige Fasern, die ich im Folgenden näher beschreiben will.“

Nun folgt die Beschreibung der von ihm angewandten Methode im Detail, welche ich später geben werde.

„An so präparierten Schnitten lassen sich deutlich gewöhnlich in den beiden untersten Zelllagen der menschlichen Epidermis, beziehungsweise der unten näher zu spezialisierenden Schleimhäute liegende eigen-

tümliche, tiefblau gefärbte Fasern erkennen. Wir wollen im Vorhinein betonen, dafs niemals im Bindegewebe derartige Fasern konstatiert werden konnten. Die Fasern, von verschiedener Dicke und Länge (im Durchschnitt beträgt die Länge der Einzelfaser etwa 12 μ, die Dicke etwa 1 μ), beginnen genau am Epidermisrande und schlängeln sich je zwischen zwei Epithelzellen, bald frei in dem von diesen gelassenen Zellraume liegend, bald mit der einen oder anderen Windung den Kontur dieser oder jener Zelle oder denselben im ganzen Verlaufe deckend, bis zur nächsten Zellschicht, um dort entweder unsichtbar zu werden oder sich mit der nächsten Parallelfaser zu vereinigen, worauf dann die vereinigten Fasern zwischen zwei Zellen der nächsten Schicht weiter verlaufen, um an deren Ende zu verschwinden oder sich wieder in zwei, eine Zelle umschlingende Fasern zu teilen. Niemals konnte eine solche Verbindung der Fasern weiter als durch drei Zelllagen verfolgt werden. Der Verlauf der Fasern ist meist ein der Längsachse der Zellen paralleler, öfters aber gehen sie schief über die Zellen hinweg. Die Dicke der Fasern ist, wie gesagt, wechselnd, indessen liegen die dickeren fast regelmäfsig in der basalen Schicht, und auch deren Basalendungen, wenn wir uns dieses Ausdruckes bedienen dürfen, um die Endigungen an der Cutisseite zu bezeichnen, erscheinen in der Regel von gröfserer Dicke. Die Gestalt der Fasern ist immer, wenn auch nicht im ganzen Verlaufe, eine spiralige. Was die Form der Spirale angeht, so ist dieselbe bald ganz regelmäfsig, bald unregelmäfsig. In letzterem Falle sind die Windungen mitunter ganz kurz, so dafs die Faser an den Windungen wie geknöpft aussieht, mitunter recht lang, und zwar kann dieses Verhältnis an derselben Faser vorkommen. Es herrscht sogar oft eine solche Formverschiedenheit, dafs ein und dieselbe Faser an der Basalendigung weite Windungen, in der Mitte mittelweite und nach oben hin ganz kurze Windungen besitzen oder auch in der Mitte oder an einem Ende eine Strecke weit einen geraden Verlauf nehmen kann. Ich habe diese Form nur zweimal konstatieren können, und zwar jedesmal an dem Basalende recht lange Fasern. Die Konsistenz unserer Gebilde betreffend, so erschienen dieselben immer solid; niemals liefsen sich ein Lumen und Wandungen unterscheiden. Die bislang geschilderten Verhältnisse sind hauptsächlich am spitzen Papillom beobachtet worden, welches sich aus später zu erörternden Gründen als besonders geeignet zur Untersuchung erwies. Gerade hier ist man häufig in der Lage zu sehen, dafs nicht blofs vereinzelte Fasern zwischen den Zellen verlaufen, sondern zwei oder mehrere sich umschlingend. Manchmal ist das Bild ein geradezu verwirrendes. Es finden sich ganze Büschel dicht gedrängter, etwa parallel verlaufender Fasern, oftmals so dicht an einander liegend, dafs sie auf den ersten Blick doppelt konturiert erscheinen. Entweder füllen nun diese

Faserbüschel den ganzen Intercellularraum aus, oder es kommt zur Radiärstellung, und zwar gewöhnlich so, dafs das Büschel von dem einen Pol der Zelle aus über dieselbe hinweg radiär ausstrahlt, etwa bis zur Mitte der Zelle, um sich am entgegengesetzten Pole wieder zu sammeln. Von hier aus führt dann eine gewöhnlich dickere Faser weiter, oder es kommt wieder zur Aufteilung. Diese Aufteilung hat oft nur in dem Raum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Zellen statt, und aus ihrem Konglomerat gehen dann Faserbündel hervor, die sich am nächstliegenden Pole einer neuen Zelle in zwei Faserzüge scheiden, welche letztere sich an der Membran dieser neuen Zelle, einander parallel, weiter schlängeln. Wir haben oben als den gewöhnlichen Fundort unserer Fäden die untersten Zelllagen der Epidermis bezeichnet. An wohlgelungenen Präparaten vermifst man dieselben an keiner Zelle. Indessen sind sie häufig im Bereiche der ganzen Stachelschicht zu finden (dagegen niemals im Stratum granulosum), und zwar verlaufen sie in einer zu den ebenfalls oft elektiv blau gefärbten Stacheln gewöhnlich senkrechten Richtung. Eine Verbindung mit den Stacheln, etwa ein Umranken derselben, läfst sich nicht erkennen, vielmehr scheinen beide Organe von einander unabhängig zu verlaufen . . . Es war somit festgestellt, dafs die oben beschriebenen Spiralen ausschliefslich dem Stratum spinosum normaler und pathologischer Epidermis des Menschen, sowie der analogen Epithellage der Schleimhäute, welche mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet sind, zukommen, dafs sie also einen sehr verbreiteten spezifischen Bestandteil der äufseren Decke bilden."

Nach Ausschlufs verschiedener anderer Möglichkeiten (Zellkonturen, Kittsubstanz, elastische Fasern, Nervenendungen) entscheidet sich Herxheimer schliefslich dafür, dafs es sich bei den Spiralen wahrscheinlich um ein Saftbahnsystem handele, spricht sich jedoch, da ihm Saftbahninjektionen in Form von Spiralen nicht gelangen, in folgender, vorsichtiger Weise darüber aus:

„Ich möchte hiernach mit einem definitiven Urteil über die Bedeutung der, wie ich glaube, hinlänglich geschilderten Fasern nicht abschliefsen, zumal ich mir wohl bewufst bin, dafs die Injektionsversuche noch nicht in genügender Anzahl gemacht sind; ich bin zur Zeit noch mit denselben beschäftigt. Trotzdem habe ich geglaubt, die vorstehende Schilderung, da die Gebilde bislang unbekannt zu sein scheinen, der Öffentlichkeit übergeben zu sollen."

Als ich auf Dr. Unnas Veranlassung es unternahm, Herxheimers Originalarbeit zum Gegenstande einer näheren Untersuchung zu machen, folgte ich genau den Regeln, welche Letzterer in betreff der Anwendung der Weigertschen Methode aufgestellt hat:

1. Erhärten in Alkohol,

2. Freimachen der Schnitte von Celloidin (24 Stunden in gleichen Teilen Äther und absol. Alkohol),

3. Zwei Stunden wenigstens in absol. Alkohol. Die Färbung wird hierauf am besten auf dem Objektträger vorgenommen. Die Schnitte werden

a. 5—10 Minuten in einer gesättigten Lösung von Gentiana violett,

b. dann 1 Minute in Lugolscher Lösung liegen gelassen,

c. hierauf werden sie in einer Mischung von Xylol und Anilinöl entfärbt, bis eine deutliche tiefblaue Färbung beobachtet wird,

d. die Schnitte werden mit Xylol ausgewaschen und in Canadabalsam montiert.

Hierbei scheint es mir wichtig zu sein, den folgenden Punkten besondere Aufmerksamkeit zu schenken:

1. Die Schnitte werden vor der Färbung auf einige Minuten wenigstens in absoluten Alkohol gebracht, wenn sie vorher in wässeriger Spirituslösung gelegen katten.

2. Die mit destilliertem Wasser hergestellte Gentianaviolettlösung kann, nachdem ein Tropfen Chloroform hinzugefügt ist, stets vorrätig gehalten werden. Eine derartige Lösung ist dann ebenso gut wie eine für den jedesmaligen Gebrauch frisch angefertigte, vielleicht besser.

3. Wünscht man einen Schnitt länger als 5 Minuten in der Farbstofflösung liegen zu lassen, so vermeidet man die leicht eintretenden Niederschläge dadurch, dafs man den Objektträger mit einem Glasnäpfchen bedeckt und vor dem Zutritt der äufseren Luft abschliefst. In dieser feuchten Kammer kann man, ohne Niederschläge befürchten zu müssen, die Schnitte längere Zeit (bis 24 Stunden) in der Färblösung liegen lassen.

In zwei Punkten nur pflegte ich von Herxheimers Vorschriften, nachdem ich eine ziemliche Fertigkeit in ihrer Anwendung erlangt hatte, abzuweichen: einmal entfärbte ich, indem ich für die Xylol-Anilinlösung mehr Xylol gebrauchte, die Schnitte bei weitem langsamer und trocknete zwischen den einzelnen Entfärbungsphasen Objekt und Objektträger mit Filtrierpapier gut ab, und zweitens liefs ich die Lugolsche Lösung länger, als Herxheimer es that, auf das Präparat einwirken.

Bei Befolgung dieser Regeln ergeben sich zunächst genau die von Herxheimer beschriebenen Bilder. Die Spiralen beginnen an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis und finden sich oft in grofser Zahl zwischen die Zellen eingeschaltet. Sie sehen auf den ersten Blick ähnlich aus wie Konturen von Epithelien, von denen man sie aber an doppeltgefärbten Präparaten leicht unterscheiden kann. Was sodann die meist spiralige Form derselben, ihre Lage zwischen den Epithelien, ihre häufige Ver-

einigung und darauf eventuell folgende Trennung, ihre meist zur Längsachse der Zellenparallele, oft aber auch quere oder schräge Orientierung, ihre leichte Verdickung am Cutisende und ihre Praedilektion für die unteren Epithellagen betrifft, kann ich alle oben citierten Angaben von HERXHEIMER bestätigen. Es ist mir jedoch gelungen, auch gewisse Abweichungen im Verlaufe der Fasern zu beobachten, deren Mitteilung nicht ohne Interesse sein dürfte.

Verlauf der Fasern.

Zeitweilig scheint eine besonders dicke Spirale unabhängig von der Richtung (dem Verlauf) der benachbarten Zellen und Spiralen zu verlaufen, zuerst schräge eine Strecke lang, dann wieder parallel zu der Oberfläche der Cutis. In einem Falle (s. Fig. 1) lief eine dieser dicken Spiralen, nachdem sie drei Epithelzellenreihen senkrecht durchkreuzt hatte, an etwa einem Dutzend Zellen vorbei und endigte, indem sie sich in wenigstens zwei sichtbare Äste teilte, welche eine Zelle wie einen „Ballon captif" umfafsten. Diese Spirale ist eine der gröfsten, welche ich in einigen hundert von mir präparierten und untersuchten Schnitten gefunden habe. Ähnliche, aber kürzere, vielleicht nur durch den Schnitt gekürzte Fasern finden sich nicht selten, wie auch schon HERXHEIMER festgestellt hat, zwischen den Zellen der Stachelschicht, weit entfernt von den Cylinderzellen. In diesem Teil, d. i. in der Mitte der Stachelschicht, ist ihr Verlauf sehr unregelmäfsig. Oft sind sie völlig spiralförmig und sind dann nicht leicht mit langen, wellenförmigen Stacheln zu verwechseln, welche so oft in den Kondylompräparaten gefunden werden. Dieser Irrtum kann nicht leicht begangen werden, weil die Spiralen stets die Stacheln unter einem rechten oder spitzen Winkel kreuzen, und gewöhnlich keine Spiralen getroffen werden, wo die Stacheln sehr lang sind. Ich habe meine ganze Aufmerksamkeit diesem Gegenstande zugewendet, seit mir die Arbeit von KROMAYER (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890 pg. 87) zu Gesicht kam. Ich habe mich nicht überzeugen können, dafs eine Spirale jemals durch eine Zelle hindurchgehen sollte, wie KROMAYER es gesehen zu haben glaubt. Um die Lage der Spiralen zu den Zellen zu bestimmen, ist es vielleicht am sichersten, die Schnitte an einer Stelle zu untersuchen, wo die Spitze einer langen, schmalen Papille durchschnitten worden ist, so dafs die Cutis in der Mitte erscheint und das Epithel dieselbe in kreisförmigen Lagen umgiebt. Wir finden hier kürzere Spiralen in der ersten Epithelreihe, als wir es in den gewöhnlichen Vertikalschnitten der Oberhaut zu sehen gewohnt sind. Und nun nehmen wir zwischen den Stacheln der nächst höheren Reihen tiefgefärbte Punkte wahr, welche beim Auf- und Abgehen der Schraube sich als gefärbte Linien herausstellen und offenbar nichts als quer abgeschnittene Spiralen sind. Man kann

hier an diesen Queransichten derselben noch viel deutlicher als an den Längsansichten erkennen, dafs dieselben nirgends mit dem Zellenkontur verschmelzen, wenn sie ihrem krummen Verlaufe demselben auch oft nahe kommen. Die hellen Räume zwischen den Stacheln und Zellenkonturen sind viel gröfser als die Spiralen im Querschnitt, sodafs auch, wenn mehrere Spiralen neben einander liegen, die intercelluläre Saftbahn nicht von ihnen ganz angefüllt wird. Dafs der Anschein, als ob die Spiralen zwischen Kern- und Zellwand der Epithelien lägen, hin und wieder entsteht, soll nicht geleugnet werden. Aber bei sorgsamem Gebrauch der Schraube überzeugt man sich in solchen Fällen stets, dafs die Spiralen hier an einer so weit ausgehöhlten Zellwand entlang laufen, dafs sie unmittelbar den Kern der Zelle zu berühren scheinen.

Die dicksten Spiralen fand ich in Saftbahnen liegen, welche von 3 Epithelien begrenzt waren. Übrigens ist auch hier der Querschnitt des Intercellularraumes rund, wie die in demselben liegende Spirale. Niemand wird bei einem solchen Querschnittbilde von 3 Zellen mit dazwischen liegender, besonders dicker Spirale daran denken können, dafs diese letztere einer der drei Zellen angehört.

Sehr dicke Spiralen sieht man auch zuweilen, was Herxheimer bisher nicht gesehen zu haben scheint, an der unteren Epithelfläche, die Cutis berührend, hinlaufen und mit mehreren dünneren Spiralen, welche den gewöhnlichen, vertikalen Verlauf zwischen den Cylinderzellen der ersten Epithellage haben, in Verbindung stehen. Es hat dann den Anschein, als ob die dicke horizontale Spirale aus den vertikalen durch Zusammenfliefsen entsteht (s. Fig. 2 links und Fig. 3 unten).

Die bisher mitgeteilten Befunde habe ich sämtlich an in Alkohol gehärteten Kondylomata acuminata gemacht. Unter den mannigfachen anderen Neubildungen und Entzündungsprozessen, die ich mit derselben Methode auf das Vorkommen an Spiralen untersuchte, verdienen besonders gewisse Bilder, welche an Schnitten von Brandblasen vorkommen, im Anschlusse an das bisher Mitgeteilte unsere Aufmerksamkeit.[1] An diesen Präparaten gibt es eine Zone, in welcher Spiralen und ihnen entsprechende mehr gerade oder unregelmäfsig gewordene Linien reichlich vorkommen. Diese Zone ist von dem Mittelpunkte des Brandschorfes ziemlich entfernt und befindet sich etwa in der Mitte zwischen diesem und der ganz normal gebliebenen Umgebung. Die ringförmige Zone umfafst nicht nur das Epithel der Oberfläche, sondern auch die Epithelialgebilde (Haarbälge) unterhalb der Blase. Dort wo die Zone die Stachelschicht der Ober-

[1] Das Material der Brandblasen wurde mir von Herrn Dr. Kulneff freundlichst zur Verfügung gestellt, wofür ich ihm hier meinen herzlichen Dank ausspreche.

fläche schneidet, finden sich besonders dicke, sehr lange und ziemlich gestreckte, nahezu geradlinige „Spiralen." Von der Stelle, wo die Zone den oberen Teil eines Haarbalgs schneidet, ist die Fig. 4 entnommen. Man sieht stark blau gefärbte, vielfach gewundene Linien, welche ein noch vollständigeres Netzwerk zwischen den Stachelzellen des Haarbalgs beschreiben, als es in der Zeichnung nach einer Focuseinstellung wiedergegeben werden kann. Hier und da haben diese Linien sogar eine wellige, spiralenähnliche Form. An anderen Stellen überschneiden sie sich in verschiedenen Höhen, ohne sich zu berühren; an noch anderen Orten fliefsen sie zu einem geschlossenen Netze zusammen. Nach dem unteren Teile des Haarbalges verschwinden sie, indem sie sich zuerst in grobe, dann feine Körnchen auflösen, die noch eine Zeitlang die Intercellularräume andeuten.

Vom äufseren Rande dieser spiralenreichen Zone, dorther, wo letztere das Oberflächenepithel schneidet, ist die Fig. 3 genommen. Man sieht hier ausnahmsweise Spiralen in vertikaler Richtung die ganze Stachelschicht durchsetzen, während gewöhnlich in den mittleren Stachelzellenlagen die Spiralen einen mehr horizontalen Verlauf zu haben pflegen. Man kann für diesen Teil der Stachelschicht aus der Umgebung der Brandblase annehmen, dafs hier zuerst die Intercellularräume des Epithels erweitert und daher die Spiralen nach der Hornschicht zu weiter vorgerückt sind. Die Stachelzellen sind aufserdem durch eine geringe Erhebung der Hornschicht, die von der stärkeren Erhebung der Mitte des Brandschorfes abhängt (die Blase war 3 Tage alt), etwas in die Länge gezogen, wodurch offenbar auch die Intercellularräume mehr vertikal durch die ganze Stachelschicht gerichtet worden sind. Die Zeichnung zeigt an der unteren Epithelgrenze den Zusammenfluſs einer Epithelspirale (an deren Fufspunkte), mit mehreren kurzen oder kurz abgeschnittenen spiralähnlichen Linien, welche bereits der Cutis angehören. An dem Punkte, wo dieselben zusammentreffen, findet sich manchmal — und so auch hier — eine knotige Verdickung der Fäden. Endlich kann man an demselben Präparate von der Brandblase Stellen finden, wo die Spiralen unterbrochen zu sein scheinen, etwa wie der zerrissene Faden eines Quecksilberthermometers. Zwischen den gleich dicken Enden der scheinbar aus einander gewichenen Fäden ist keine Färbung sichtbar.

Die Form der Fasern.

Die Form der Spiralen ist sehr wechselnd. Ihre Windungen können auf einer bestimmten Strecke dicht auf einander folgen oder sich mehr wellenförmig ausbreiten. In dem einen Teile kann eine Spirale stark gekrümmt, in einem anderen weiter sein und eine kurze Strecke sogar ganz gerade verlaufen. Einige Spiralen und nicht selten grofse zeigen über-

haupt in ihrem ganzen Verlaufe keine deutlich ausgesprochene Windung. Den Übergang von dem mehr gewundenen zu dem mehr geradlinig verlaufenden Teile zeigt beispielsweise die dicke Spirale der Fig. 1. Hin und wieder zeigen die Fasern ein unregelmäfsiges Zickzackaussehen.

Die meisten Unregelmäfsigkeiten im Verlaufe finden sich in den mittleren Lagen der Stachelschicht. Jedoch können von der basalen Zellschicht hinauf bis zu den älteren Zelllagern die „Spiralen" gelegentlich in wirklicher Spiralform erscheinen und einzeln oder in Bündeln verlaufen. Geschieht es in Bündeln, so sind die einzelnen sie zusammensetzenden Fasern gewöhnlich sehr fein. Zuweilen kommt es jedoch vor, dafs einige dieser Bündelfasern stärker als die übrigen in demselben Bündel sind. Diese pflegen dann sehr schön gewundene Spiralen zu sein.

Nach der unteren Grenze der Epidermis zu verschwinden gewöhnlich die Windungen, indem die Enden der Fasern nur wellenförmig, gerade oder gekrümmt werden. In der Mitte der Stachelschicht scheint es kaum möglich, den Anfang und das Ende der Fasern deutlich zu erkennen. Bei den gröfseren kann man gewöhnlich wahrnehmen, dafs sie an der oberen oder unteren Fläche des Präparates endigen und durchschnitten erscheinen. Die durchschnittenen Enden sehen rund, oval, flach oder unregelmäfsig aus. Sie scheinen gewöhnlich solide, niemals deutlich hohl (röhrenförmig) zu sein, aber sie können gespalten oder gabelförmig, wie in Figg. 1a und 5 gezeigt wird, erscheinen. Die Fasern, welche in den oberen oder älteren Zelllagern quer verlaufen, sind in ihren dicksten Partieen sehr deutlich gewunden, zickzack oder wellenförmig. Die Enden verschwinden in der Form von sehr feinen Linien. Die Windung der Spiralen wird ohne Zweifel am besten bei ihrem Durchtritt durch die ersten Reihen der Epidermiszellen gesehen. Hier kann man namentlich in dickeren Schnitten — schräg geschnitten — eine gröfsere Zahl von Spiralen sehen, die gleich Korkziehern das Epithel durchdringen.

Manchmal scheinen die Spiralen an dem unteren Rande der Epidermis dicker zu sein als weiter oben. Jedoch kommt auch das Gegenteil vor.

Die Dicke der einzelnen Spiralen wächst allmählich, indem sie in der Epidermis weiter verlaufen, und man sieht oft, dafs, wenn sie an den Rand einer Zelle kommen, wie uns Fig. 6 zeigt, sie sich in zwei oder mehr Zweige teilen. Ihre Dicke ist am gröfsten kurz vor dieser Teilung. Der Regel gemäfs kommen die dicksten Spiralen in der Cylinderzelllage vor; aber diese Regel ist grofsen Ausnahmen unterworfen. Hin und wieder werden ausnahmsweise dicke Spiralen hoch oben zwischen den älteren Zellen gefunden (Figg. 7 und 8). Manchmal sind sie aufserordentlich fein, in welchem Falle sie gewöhnlich bis zu ihrer Vereinigung mit gröfseren Zweigen verfolgt werden können. Diese Spiralen, welche in der gewöhn-

lichen Richtung der Zellen laufen, sind in der Regel dicker als jene, welche zu der langen Axe der Zellen quer laufen.

Die Spiralen, welche einen beträchtlichen Theil einer Zelle oder dieselbe ganz umschlingen, sind niemals dick während ihres ganzen Verlaufs (Fig. 3). Genau gesprochen: je länger die Spiralen sind, desto dicker sind sie in einigen ihrer Teile.

In welchen Lagen der Epidermis die absulut gröfsten und dicksten Spiralen vorkommen, kann ich nicht sagen. Wenn wir das Wort „Spirale" in seinem eigentlichen Sinne gebrauchen, so findet man die dicksten in der Cylinderzelllage, wenn in einem allgemeineren Sinne (d. i. auf eine scheinbar ähnliche Substanz derselben Farbenreaktion angewandt, welche zwischen den Zellen liegt), so würde ich behaupten, dafs die dicksten Spiralen in der Mitte der Stachelschicht liegen und am besten in Präparaten, welche von den Papillarspitzen wagerecht abgeschnitten sind (Fig. 9), gesehen werden, wie ich bereits früher erwähnte. Die dicksten „Spiralen" im eigentlichen Sinne des Wortes sind im Querschnitt stets cylinderförmig.

Teilung der Fasern.

Die Spiralen verzweigen sich nicht nur wie Bäume, so dafs also dicke Stämme feinere Schöfslinge haben, sondern auch dünne Stämme setzen sich als gröfsere Äste fort. Gelegentlich spaltet sich eine dickere Faser in zwei Linien, welche dann eine Strecke parallel neben einander wie die feinen Grenzlinien eines gewundenen leeren Cylinders hinlaufen, dessen Durchmesser gleich dem der ungespaltenen Spirale ist. Diese Grenzlinien, gewunden oder nicht, verschwinden oder fliefsen wieder in ununterbrochenem Verlaufe zu einer einfachen Faser zusammen (Fig. 1a [2]). Wir können sogar sagen, dafs gelegentlich eine Art von Lumen sich darstellt. Wenn wir einzelne dicke Spiralen von der Oberfläche der Cutis aufwärts verfolgen, bemerken wir ausnahmsweise, dafs dieselben nicht überall gleichmäfsig intensiv gefärbt sind, und dafs die feinere Endung an der Cutis tiefer gefärbt erscheint als die sich ausdehnende Breite der höher gelegenen Windungen. Wenn wir die Spiralen noch weiter aufwärts verfolgen, scheinen sie völlig cylindrisch und durchsichtiger zu werden. Der mittlere Teil verliert alsdann seine blaue Färbung, aber die Grenzlinien verbleiben während ihrer weiteren Trennung blau gefärbt, wobei sie noch immer in gleichem Sinne gewunden erscheinen. In doppelt gefärbten Präparaten besonders kann man diese Grenzlinien noch weiter verfolgen bis dahin, wo sie sich schneller von

[2] Fig. 1a stellt einen Teil der grofsen Spirale in Fig. 1 bei stärkerer Vergröfserung dar.

einander biegen und man findet hier nun eine Zelle in der Richtung der Spirale liegend, vor welcher sich die beiden Zweige separieren, um die Zelle zu umfassen, wie etwa die Beine eines Reiters ein Pferd umschliefsen. (Fig. 5.)

Körniges Material von derselben Farbenreaktion wie die Spiralen.

Kurze Zeit, nachdem ich meine Untersuchung der Spiralen begonnen hatte, fand ich eine ähnliche gefärbte körnige Masse in den höheren Schichten zwischen den Stachelzellen. Zuerst konnte man naturgemäfs an einen bloſsen Niederschlag des Farbstoffes denken. Indessen zeigte sich diese Substanz beständig in der Begleitung einer wohlgelungenen Färbung der Spiralen und des Fibrins in der Cutis. Man sah die Körner oft zwischen den Stacheln liegen, so dafs sie ohne Zweifel in dem Zellprotoplasma nicht vorhanden waren (Figg. 7 u. 8.). Da Spiralen weit hinauf in der Hornschicht sich vorfanden, so mufste man natürlich nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Spiralen und körniger Masse suchen. Das Resultat der Untersuchung war erfolgreich. In Figg. 7 und 8 sieht man thatsächlich den Übergang von Spiralen zur Körnersubstanz. Diese Körner können sehr gut in einigen Präparaten gesehen werden, in denen die Papillen sozusagen geköpft und die Intercellularräume wegen der Anordnung der Zellen deutlicher zu sehen sind.

Wir haben schon oben gesehen, dafs die Spiralen in solchen Schnitten nicht so gut in ihrem ganzen Verlaufe verfolgt werden können, wie in Vertikalschnitten, aber wir erhalten ein klareres Bild von den Körnern, und sehen sie deutlich zwischen den Stacheln liegen. Ebenso kann man wahrnehmen, dafs sie mehr oder weniger beständig durch die ganze Stachelschicht verbreitet sind.

Anstatt einer Menge einzelner Körner sieht man an Schnitten, die die Stachelschicht schräge getroffen haben, zuweilen eine zusammengebackene Körnermasse, welche die Zwischenräume zwischen eng an einander stehenden Stacheln ausfüllt. (Figg. 7 u. 9.) Die Stacheln mit dieser Körnermasse zusammen gleichen dann auch wohl einem in Farbe getauchten Pinsel. Auch von diesen mit der Weigertschen Methode elektiv gefärbten Massen findet man Übergänge zu Spiralen. Und hierbei nimmt man wahr, dafs, wo die Spiralen sehr zahlreich sind, die Körner fast ganz fehlen und umgekehrt.

Fasern in der Hornschicht.

Enthält die Hornschicht Spiralen? In sehr dünnen, gut gefärbten Schnitten findet man, dafs die schlecht entwickelte Hornschicht von

spitzen Kondylomen nicht durchweg gleichmäfsig gefärbt ist, und dafs auch hier Spiralen vorkommen.

Wie in Figg. 7 und 8 gezeigt wird, stehen sie in einer ähnlichen Beziehung zu den Zellen, wie jene in der Pallisadenschicht. Deshalb verlaufen sie hier horizontal. Zuweilen scheinen hier Fasern eine ununterbrochene Verbindung der Cutis mit der Hornschicht herzustellen und sich über 20 und mehr Zellen zu erstrecken (vergl. Fig. 8 links und Fig. 7). In der Hornschicht sind die Fasern sehr zahlreich, während die Körner fast zu verschwinden scheinen. Während sich diese Fasern zwischen den Zellen hindurch winden, scheinen sie in doppelt gefärbten Präparaten den in der Pallisadenschicht vorkommenden Spiralen sehr ähnlich zu sein. Dünne Schnitte, wie sie Herxheimer empfohlen, zeigen ohne Zweifel bei weitem besser die Spiralen; aber ihr Verlauf kann, namentlich wenn sie gröfser sind, in sehr dünnen Schnitten selten gut und weit, besonders gegen die Mitte der Stachelschicht hin verfolgt werden. Ich habe oft versucht, den ursprünglichen Zusammenhang einer in mehrere Stücke zerschnittenen Spirale herauszufinden, aber es war mir nicht möglich, ihrem ganzen Verlaufe nachzugehen. Um jedoch Spiralen in der Hornschicht zu verfolgen, scheinen sehr dünne Schnitte unbedingt notwendig zu sein.

Fibrin in der Cutis.

Da mittelst der Weigertschen Methode zunächst sicher das Fibrin, welches in den Gefäfsen und dem Gewebe der Cutis beim Absterben auftritt, elektiv gefärbt wird, so ist es durchaus notwendig, die Formen und den Verlauf des so dargestellten Fibrins in denjenigen Schnitten gleichfalls zu studieren, in welchen die Epithelspiralen am schönsten ausgeprägt sind. Denn die allereinfachste Lösung des Problems, welches uns in den Herxheimerschen Spiralen vorliegt, wäre selbstverständlich die, dafs es sich auch hier um eigentümlich geformtes Fibrin handle.

Im Folgenden beschreibe ich demgemäfs hauptsächlich die Art, wie in den spitzen Kondylomen die Fibrindeposita sich mit der Weigertschen Methode darstellen lassen.

Das Fibrin in der Cutis nimmt je nach seiner Konsistenz und Lage vielfach wechselnde Gestalt an. In den Blutgefäfsen kann es als Netzwerk auftreten, besonders wenn die roten Blutkörperchen in grofser Menge vorhanden sind und ein mechanisches Hindernis für die Koagulation des Fibrins zu grofsen Massen abgeben. Es erscheint oft in den verschiedenen Gefäfsen in Form von feinen Körnern. Bisweilen findet man grofse Gefäfse durch dicke oder cylindrische Balken von Fibrin quer überbrückt. Auch in den Lymphräumen habe ich wellenförmige Fäden gesehen, die

ihre Form der Gegenwart einer beträchtlichen Menge zusammengedrängter Lymphkörperchen verdankten.

Aber nicht bloſs in den Blut- und Lymphgefäſsen findet sich Fibrin, sondern — beim Kondyloma acum. wenigstens — auch in den Maschen des kollagenen Gerüstes der Cutis, also in den Anfängen der Lymphspalten der Cutis.[3] In stark entfärbten Präparaten kann man ein feinstes Netzwerk von gut gefärbten Fibrinfasern wahrnehmen, die für kürzere oder längere Strecken vollkommen geradlinig verlaufen. Ich habe diese Linien am besten in Schnitten gesehen, die nicht doppelt gefärbt waren. Sie konstrastieren dann besonders gut mit den hellen ungefärbten Partieen in ihrer Umgebung. Man kann sie gelegentlich auch zwischen den Bindegewebszellen der Cutis in ähnlicher Weise verlaufen sehen, wie die Spiralen zwischen den Stachelzellen der Epidermis. Auſser den groben Massen von Fibrin in den Gefäſsen und dem feinen Netzwerke an manchen, besonders höhlenreichen Stellen der Cutis, sieht man aber auch Fibrinkoagula von körniger Form und solche, welche dickere Fäden darstellen. Beide sind häufig kontinuierlich zu finden, so daſs die Körner als Fortsetzung von geraden oder gewundenen Fäden oder von ganzen Fadenbüscheln erscheinen. Es macht an doppelt gefärbten Schnitten den Eindruck, als ob beides, Körnerreihen und Fäden, in denselben feinen Lymphspalten der Cutis liegen. Gröſsere Anhäufungen von körnigen Fibrinmassen finden sich fast überall in den Anfängen der Lymphgefäſse im unteren Abschnitte der Papillen und an der Seite von Blutkapillaren. Dickere Fäden, oft in Gestalt von Haarschöpfchen, trifft man an den Spitzen der tief in die Cutis reichenden Epithelzapfen in der Weise, daſs sich diese Büschel von Fibrinfäden rund um den Epithelzapfen anlegen und ihn geradezu einhüllen (Fig. 10).

Übergang der interepithelialen Fasern in die Fibrinmassen der Cutis.

Bisweilen läſst sich eine Verbindung zwischen den Fibrinmassen der Cutis und den Herxheimerschen Spiralen nachweisen. Um dies letztere zu sehen, ist es notwendig, die Pallisadenschicht in schräge geschnittenen und gut gefärbten Präparaten zu untersuchen.

Auf solchen Schnitten sieht man auf die Stachelschicht von der Unterseite und bemerkt, daſs auf dieser eine groſse Menge von ziemlich gerade, hin und wieder aber auch spiralig gewundenen Fäden hinziehen (Fig. 2), welche die Weigertsche Reaktion zeigen. In seltenen Fällen glückt es, diese Verbindungsfäden in direktem Zusammenhang zu sehen,

---

[3] Herr Dr. Unna teilte mir mit, daſs er bei vielen entzündlichen Dermatosen Fibrin in den Maschen der Cutis gefunden habe.

einerseits mit Spiralen zwischen dem Epithel, anderseits mit den beschriebenen unregelmäfsigen Fibrinfäden der Cutis (Fig. 2 links). Dieselbe Figur (2) zeigt an der rechten Seite einen Übergang von echten Spiralen in körniges Fibrin der benachbarten Papille in ähnlicher Weise, wie wir vorhin (Figg. 7 und 8) in der Stachelschicht den Übergang von Spiralen in körniges Material nachgewiesen haben. In noch anderen Fällen (Fig. 10 oben rechts) sieht man, umgekehrt, körniges, nach WEIGERT gefärbtes Material aus der Cutis in die interepithelialen Saftspalten eine Strecke weit aufsteigen, in derselben Weise, wie sonst die Spiralen und mit weiterhin deutlichem Übergang in solche.

Bisher haben wir nur die Resultate der Untersuchungen über die Farbenreaktionen der Spiralen betrachtet. Zugleich aber prüfte ich auch auf Dr. UNNAS Veranlassung die chemische Beschaffenheit der Spiralen vermittelst verdauender Flüssigkeiten.

Die Wirkungen der verdauenden Flüssigkeiten auf die Spiralen.

Mehrere Schnitte wurden gefärbt, geprüft und das Vorkommen und Aussehen der Spiralen an bestimmten Punkten sorgfältig notiert. Die Schnitte wurden sodann der Digestion unterzogen und von Zeit zu Zeit fernerhin mikroskopisch geprüft. In verschiedenen Graden verdaut, wurden sie alle wieder gefärbt. Viele andere ungefärbte Schnitte wurden erst in verschiedenen Graden verdaut und darauf bis zum gewöhnlichen tiefblauen Tone gefärbt, um zur Kontrolle zu dienen.

In allen Fällen ohne Ausnahme ergab sich, dafs die Spiralen in demselben Mafse verdaut wurden, wie das Fibrin in den Gefäfsen der Cutis. Wenn das Fibrin aus den Gefäfsen entfernt worden war, konnte ich die Spiralen nicht finden — wo aber noch Spiralen nachweisbar waren, da fand man auch sicher etwas unverdautes Fibrin in der Cutis. Wie mit den Spiralen, so war es auch mit der körnigen Masse zwischen den Zellen mitten in der Stachelschicht, auf welche ich mich bereits mehrere Male bezog. Solche Schnitte, welche nur gerade so lange verdaut wurden, dafs die Spiralen aus der Epidermis und das Fibrin aus der Cutis entfernt war, zeigten, wenn wieder zum gewöhnlichen tiefblauen Tone gefärbt, ein auffallend verändertes Bild.

Die Grenzlinien waren alle deutlich gefärbt und die Stacheln waren sogar in der Cylinderzelllage und unter den ältesten Zellen scharf ausgeprägt. Es erschien, als ob die Spiralen und Körner früher die anderen Gebilde verdeckt hätten.

Bevor ich verschiedene Gründe, welche die Fibrintheorie unterstützen, formuliere, will ich noch einige Beobachtungen erwähnen, welche ich meinen Notizen entnehme. 1. In den Spitzen der Papillen von dem Kondyloma

acum., woselbst die relative gröfseste Quantität nach der WEIGERTschen Methode gefärbten Materials gefunden wurde, schien eine gröfsere Zahl von Lymphkörperchen als gewöhnlich anwesend zu sein. 2. In bezug auf die Brandblasenpräparate. a. Schnitte, welche drei Stunden nach dem Verbrennen aus der Haut genommen worden waren, zeigten keine Spiralen an dem Rande der angegriffenen Zone; b. Schnitte, welche 24 Stunden nach einer ähnlichen Operation aus der Haut genommen waren, zeigten grofse Spiralen gerade in dem Winkel der scharf zurückgebogenen Epidermis, welche das Dach der Brandblase bildete.

Schlufsfolgerungen.

Es geht aus dem Bisherigen wohl zur Genüge hervor, dafs eine Reihe von tinktoriellen und mikrochemischen Befunden sehr gut mit „Fibrintheorie" der Spiralen harmoniert. Aber ich glaube es doch nicht unterlassen zu dürfen, die für und gegen diese Theorie sprechenden Beweisgründe zum Schlusse noch einmal einzeln durchzugehen.

1. Die Vorliebe der Spiralen für die Keimschicht der Epidermis läfst sich aus der gröfseren Aktivität der hier befindlichen Epithelien erklären; dieselben werden mehr fibrinoplastische Substanz an die gerinnende Lymphe abgeben als die höheren Reihen der Stachelzellen.

2. Ihr Sitz zwischen den Zellen in den Lymphspalten der Oberhaut wird von der Fibrintheorie gefordert.

3. Die Form von Fäden für diese Substanz erklärt sich bei der Annahme, dafs gewisse, besonders weite Lymphspalten der Oberhaut runde Kanäle sind. Diese Annahme ist nach meinem Dafürhalten — und ich darf sagen, auch nach Dr. UNNAS Erfahrungen — aus sonstigen mikroskopischen Gründen durchaus zulässig. Die cylindrischen Lymphspalten sind zumeist solche, welche zwischen den Kanten mehrerer Epithelien entlang laufen. Die Form der Fäden spricht also keinenfalls gegen die Fibrintheorie.

4. Die grofse Differenz in dem Kaliber der Spiralen entspricht den Schwankungen im Kaliber der Lymphwege der Oberhaut besonders an pathologischen Präparaten.

5. Erklärung der Spiralform.

Da wir es erstens nicht nur mit spiraligen, sondern auch mit geraden Gebilden zu thun haben, da die Spiralform sodann innerhalb eines Fadens sehr verschieden stark ausgebildet ist, so dafs sogar spiralige und gerade Abschnitte mit einander alternieren, da wir drittens in einer sehr in die Länge gezogenen Stachelschicht (Blasen) gerade Fäden an die Stelle fast aller Spiralen treten sehen — so müssen wir schliefsen, dafs die Spiralform nicht eine notwendige Eigenschaft dieser Gebilde ist, sondern eine sekundäre, hinzutretende.

Dieses Problem erschien mir sehr schwierig zu lösen, besonders da die oft stark gewundenen Lymphwege doch kaum irgendwo so eng gewunden verlaufen wie die Spiralen, auch dort, wo sie sich zwischen den Stacheln hindurchwinden. Dr. UNNA gab mir endlich eine überraschend einfache Erklärung dieses Problems, die sehr wahrscheinlich das Richtige trifft. Experimente desselben haben ergeben, dafs cylindrische, biegsame Stäbe stets und sehr leicht die Spiralform annehmen, wenn sie auch nur um weniges zu lang für ihre Umhüllung werden, wobei natürlich die letztere zu eng sein mufs, um die Verbiegung des Stabes in einer Richtung zu gestatten. Dr. UNNA erklärt hierdurch ebensowohl die Spiralform der Schweifsporen, wie diejenige der „CURSCHMANNschen Spiralen" beim Bronchialasthma. Es ist nicht wahrscheinlich, dafs die Fasern von Anfang an als Spiralen gebildet werden, da wir keine derartig geformten Kanäle in der Oberhaut kennen, es ist viel wahrscheinlicher, dafs cylindrische Fäden — wie die Fibrinfäden der Cutis — eine Spiralform annehmen, wenn die Epidermis als ein Ganzes in der Härtungsflüssigkeit, besonders im Alkohol, schrumpft.

Ein Beispiel aus dem täglichen Leben mag veranschaulichen, wie die Spiralen nach dieser Theorie ihre Form erhalten, so z. B. der Faden einer dicken Flüssigkeit, welche in ein darunterstehendes Gefäfs ausgegossen wird. Derselbe staut sich an der Oberfläche des Gefäfses, da die Flüssigkeit rascher nachströmt, als sie sich ausbreiten kann, und biegt sich zunächst nach einer, dann S-förmig nach der entgegengesetzten Seite, um dann in nochmaligem Ausweichen eine Spirale zu bilden. Wenn der Faden nicht cylindrisch sondern flach ist, bilden sich anstatt der Spirale Zickzacklinien, wie wir sie ja auch unter den Spiralen der Oberhaut finden. Es ist also eine physikalische Notwendigkeit, dafs, wenn bei der Schrumpfung der Epidermis als eines Ganzen die cylindrischen Fäden sich nicht entsprechend in ihrer Längsachse verkürzen, sie eine Spiral- oder Zickzackform annehmen müssen, wenn sie an ihren Endpunkten fixiert sind.

Dieses ist das sekundäre Element, welches für viele Fibrinfäden der Oberhaut, aber natürlich nicht für alle gleichmäfsig hinzukommt.

6. Die Verästelung der Spiralen erklärt sich durch die gleiche Verästelung der Lymphwege.

7. Die hohlen Enden einiger dicken Spiralen erklären sich dadurch, dafs das Fibrin hier nicht zu einem Faden geronnen ist, sondern sich in einen Niederschlag auf der Wandung des weiter gewordenen Lymphraumes fortsetzt.

8. Die Zunahme der Spiralen bei gewissen entzündlichen Prozessen wird bedingt durch die gröfsere Weite der epitelialen Lymph-

wege, die vermehrte Lymphabsonderung, den stärkeren Zerfall der Zellen und die reichlichere Bildung von Fibrin.

9. Die Existenz der Spiralen in normaler Haut spricht nicht gegen die Fibrintheorie, da wir Grund genug zu der Annahme haben, dafs auch normaler Weise beim Absterben des Epithels geringe Mengen von Fibrin in dessen Saftspalten gebildet werden.

10. Alle vorhergedachten Abweichungen in Form und Verlauf der Spiralen erklären sich leicht durch die Fibrintheorie, da die Fibrinentwicklung unter verschiedenen pathologischen Bedingungen sehr variabel ausfallen mufs. Diese Unregelmäfsigkeiten würden nicht so leicht zu erklären sein, wenn die Spiralen einen normalen Bestandteil der lebenden Epitelien bildeten.

11. Wir haben substituierend für die Spiralen im Haarfollikel und an der Oberfläche ein Netzwerk oder eine körnige Masse eintreten sehen von derselben Färbungs- und chemischen Reaction wie die Spiralen in derselben intercellularen Anordnung und in vollständiger Kontinuität mit den Spiralen. Allein schon hieraus geht hervor, dafs für die Substanz nicht sowohl die Spiralform als die eben erwähnten Eigenschaften, als essentielle zu betrachten sind.

12. Sehr wichtig für die Begründung der Fibrintheorie ist der kontinuirliche Uebergang der Spiralen in das Fibrin der Cutis. Denn das Fibrin erfüllt bekanntlich niemals den ganzen Hohlraum, in welchem die gerinnende Flüssigkeit enthalten war. Es ist also nicht nur nicht notwendig, sondern es ist unmöglich, dafs das entstehende Fibrin die Lymph spalten der Cutis vollständig ausfüllt. Wenn die Lymphwege sehr eng und Fibringeneratoren reichlich vorhanden sind, kann das Koagulum die Lymphwege vollkommen ausfüllen, wie in der Keimschicht der Oberhaut. Wo dagegen eine grofse Lymphmenge stagniert und nur relativ geringe Mengen Fibringeneratoren vorhanden sind, wie in den grofsen Lymphgefäfsanfängen des Papillarkörpers, finden wir nur ein feines Netzwerk oder eine Anhäufung körnigen Fibrins. Eine Verbindung zwischen den Fibrinmassen dieser beiden Lokalitäten zu finden, hängt lediglich vom blofsen Zufall ab. Selbst wenn wir eine solche Kontinuität nicht fänden, würde dieser Umstand nicht gegen die Fibrinnatur beider Gebilde sprechen. Aber es gelang mir mehrfach, eine solche Kontinuität in Form von Fasern und Körnern aufzufinden, welche von der Cutis in die Oberhaut reichten. Es scheint, dafs der gewöhnliche Übergang von Fibrinmassen aus der Oberhaut in die Cutis in Form sehr feiner Fäden statthat, d. h. in Form feinster anastomasierender Lymphkanäle, die horizontal an der Unterfläche der Epidermis zwischen dieser und der Cutis hinlaufen.

13. Die Thatsache, dafs Spiralen zwischen den Hornzellen gefunden sind, spricht nicht gegen die Fibrintheorie, da dieses bisher nur

in der Hornschicht vom spitzen Kondylom geglückt ist. Es wäre auch sehr auffallend, wenn dieselben in normaler Hornschicht gefunden würden, da wir gewohnt sind anzunehmen, dafs von der Körnerschicht an aufwärts die Lymphwege der Oberhaut obliteriert sind.

14. Einen starken Beweis für die Fibrintheorie liefert die Thatsache, dafs die Spiralen gleiche Verdaulichkeit besitzen wie die Fibrinmassen der Cutis.

15. Eine nicht unwichtige Unterstützung der Fibrintheorie bildet endlich der Umstand, dafs die Spiralen im Kondyloma acuminatum und sonst am schönsten ausgebildet sind, wo ein reichlicher Strom weifser Blutkörperchen in das Epitel eindringt. Wir wissen, dafs aus ihrem Zerfall ein grofser Teil der fibrinoplastischen Substanz hervorgeht, die zur Bildung von Fibrin nötig ist. Ebenso finden sie sich auch nicht in ganz frischen Brandblasen, wohl aber in etwas älteren.

In Anbetracht aller dieser Thatsachen, welche teils mit der Fibrintheorie sehr gut harmonieren, teils mit derselben wenigstens zwanglos vereinbar sind, halte ich die fibrinöse Natur der Herxheimerschen Spiralen für erwiesen.

Lymphangioma circumscriptum. (Lymphangioma capillare varicosum.)

Von

Finch A. Noyes und Dr. Ludwig Török.

II. Teil, von Dr. Ludwig Török.

Mit Tafel III.

Histologie. Pathologie. Klassifikation.

Aus dem bisher Dargelegten können wir ersehen, dafs eine Anzahl von pathologischen Prozessen unter verschiedenen Namen beschrieben worden sind, welche in erster Linie oder ausschliefslich auf das Lymphgefäfssystem des Korium bezogen wurden. Bisher hat es unseres Wissens nur Colcott Fox versucht, alle hier in Betracht kommenden Fälle mit einander zu vergleichen. Derselbe scheidet die von Kaposi, Pospelow und von Harlingen beobachteten Fälle als Angiome der Lymphgefäfse

von den übrigen im historischen Teile unserer Arbeit referierten Fällen; die letzteren faſst er alle als Lymphangiektasie auf, und er unterscheidet in dieser Gruppe mehrere Arten.

Wir glauben, daſs mit Rücksicht auf die in letzterer Zeit bei der Beurteilung der Entstehungsweise der Lymphangiome immer maſsgebender werdenden Gesichtspunkte und gestützt auf unsere histologischen Untersuchungen und die der früheren Autoren die Möglichkeit einer entsprechenderen Beurteilung und Gruppierung dieser Prozesse gegeben ist.

Von dem detaillierten Eingehen auf die Litteratur der Lymphangiome im allgemeinen enthebt uns eine vor kurzer Zeit erschienene Arbeit von NASSE[1]. Er wendet sich in derselben, wie dies auch frühere Autoren gethan haben, gegen die Ansicht WEGNERS[2], daſs die häufigste Ursache der Lymphangiombildung die Stauung sei, welche Ektasie und mit dieser die Neubildung von Wandungselementen hervorruft, und betont nachdrücklichst die Unmöglichkeit, daſs durch einfache Lymphstauung ähnliche Prozesse hervorgebracht werden könnten. Einfache mechanische Momente, wie Schrumpfung des Nachbargewebes, könnten wohl eine Dilatation der Lymphgefäſse durch Zug hervorrufen; die Lymphangiome liegen aber nicht im narbigen Gewebe, sondern zumeist im losen Bindegewebe.

Gewisse Momente sprechen eher für eine andere, übrigens ebenfalls von WEGNER schon ausgesprochene Ansicht, nämlich, daſs wir es hier mit einer Neubildung der Lymphgefäſse zu thun hätten. Er zieht hiefür die weitgehende Analogie mit Blutgefäſsgeschwülsten heran, des weiteren das von LANGHANS angeführte Argument, daſs sich die Bildung des Lymphangioms im lymphgefäſsarmen subkutanen Fettgewebe nur durch die Annahme einer Neubildung der Lymphgefäſse erklären lasse, und endlich führt er noch einen Fall SAMTERS an, bei welchem das rasche Wachstum der Geschwulst (Lymphangioadenocysten) für die Neubildung der Lymphgefäſse spricht.

Bei seinen histologischen Untersuchungen fand er in einem Falle Kernteilungen der Lymphgefäſsendothelien, in anderen Fällen sah er die kleineren Höhlen mit dichterem Endothel belegt, während WEGNER sogar eine doppelte und mehrfache Schichtung gesehen hatte.

Auſserdem bestätigte er die Befunde von heteroplastischer Neoplasie von VIRCHOW, BILLROTH, WINIWARTER und WEICHSELBAUM, nach welchen sich zwischen den Bindegewebsbündeln und inmitten von Lymphzellenanhäufungen feine Spalten bilden und die benachbarten Bindegewebszellen bezw. runde Zellen sich zu platten Endothelien umwandeln.

---

[1] NASSE. Über Lymphangiome. (Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Königlichen Universität Berlin. Herausgegeben von Dr. E. VON BERGMANN. 1890.)

[2] *Langenbecks Archiv.* XX. Band.

Die Mehrzahl der wahren Lymphangiome erklärt Nasse durch embryonale Entwickelungsstörungen hervorgerufen, deren Art in den meisten Fällen ebenso unbekannt ist, wie ihre Ursache. Bei der Entstehung der Lymphangiome durch Neubildung von Lymphgefäfsen ist die Ektasie durch lokale Lymphstauung vielleicht von Bedeutung.

Einen ganz analogen Standpunkt den Lymphangiomen gegenüber nimmt Klebs in seinem schon 1889 erschienenen grofsen Werke „Die krankhaften Störungen des Baues und der Zusammensetzung des menschlichen Körpers (*Allgemeine pathologische Morphologie*, Jena)" ein, und definiert die Lymphangiome als „Geschwülste, welche aus einer Wucherung, einer Blastomatose der die Lymphgefäfswand zusammensetzenden Zellen, der Lymphangioblasten, hervorgehen".

Nachdem wir dieses vorausgeschickt haben, wollen wir zur Darlegung unserer histologischen Untersuchungen übergehen.

Zur mikroskopischen Untersuchung dienten drei Stückchen; zwei etwa von der Gröfse einer Haselnufs, eins bohnengrofs. Ein Stück war in Müllersche Flüssigkeit, die anderen beiden in Alkohol eingelegt worden, nachdem an einem der letzteren ein mifslungener Versuch, eine Lösung von Arg. nitr. in das Gewebe einzuspritzen, gemacht wurde. Die einzelnen Stücke wiesen keine nennenswerten Differenzen gegen einander auf.

Die wichtigsten histologischen Veränderungen beziehen sich beinahe ausschliefslich auf die papillare und subpapillare Schichte des Korium. Die Epidermis ging an den meisten Stellen nur von den pathologischen Vorgängen des Papillarkörpers abhängige, passive Veränderungen ein. Die Epithelleisten wurden komprimiert und sehr verkürzt oder vollkommen verwischt, die Stachelschichte oft bis auf zwei Lagen verdünnt. Einzelne Epithelleisten jedoch sind etwas gewuchert. Die Hornschichte, nur stellenweise, besonders um die Haarfollikel und deren Mündungen verdickt, ist gewöhnlich nicht nennenswert verändert.

Die pathologischen Vorgänge des Korium, welche diese passiven Veränderungen des Epithels verursachten, und gleichzeitig das anatomische Substrat für das klinische Bild geben, bestehen hauptsächlich in der Bildung von Höhlen und weiten, gewundenen Kanälen, welche die Papillen und die subpapillare Schichte einnehmen. (S. Figg. 1 und 2). Die Höhlen der Papillen haben gewöhnlich eine runde, ovale, birnenförmige, oft auch unregelmäfsige Gestalt und gehen an der Basis der Papille meistens in eine, selten in zwei (Fig. 4) etwas erweiterte Kapillaren über, wobei sie sich, der Übergangsstelle zu, oft trichterförmig verschmälern. Die ovalen, länglichen Höhlen sind häufiger in noch wohlgeformten Papillen, d. h. in solchen, welche von deutlichen Epithelleisten umgeben sind, aufzufinden; bei der weiteren Vergröfserung und der damit einher-

gehenden Abrundung der Höhlen werden die Leisten immer mehr ausgezogen und gehen endlich in der suprapapillären Epithelschichte auf. In der subpapillaren Schichte sind die Höhlen kleiner, unregelmäfsiger geformt; sie stehen gewöhnlich an zwei Punkten ihrer Peripherie mit je einer erweiterten Kapillare in Verbindung, von welchen die eine zumeist ihren Weg in eine naheliegende Papille nimmt und am häufigsten bis an die Spitze derselben verläuft, eventuell auch in einen Hohlraum der Papille übergeht, während die andere entweder sich allmählich verschmälernd nach abwärts steigt, oder sich mit benachbarten Höhlen und Schläuchen verbindet. Dieser Beschreibung gemäfs stellen also die Höhlen variköse Erweiterungen von Kapillaren dar. Ist die Erweiterung gleichmäfsiger, ausgebreiteter, dann entstehen weite, enggewundene Schläuche, deren Windungen in den Schnitten, als nur durch dünne Septen voneinander geschiedene Hohlräume von ungleicher Gröfse erscheinen, welche sich von dem subpapillären Stratium bis an das äufserste Ende der Papillen übereinanderlagern. Auch hier wird die interpapilläre Epithelleiste bald verkürzt, wodurch benachbarte Schlauchsysteme enger aneinander heranrücken.

Bei weiterschreitender Vergröfserung der eng aneinander gepreßten Windungen usurieren die Scheidewände, und benachbarte Schlauchabschnitte konfluieren, wobei eine Zeitlang noch die Reste der vormaligen Septen sporenartig in das Lumen vorspringen. In dieser Weise können aus den gewundenen, weiten Kanälen allmählich gröfsere, anfangs etwas gebuchtete oder cylindrische Cysten hervorgehen.

Die entsprechenden Partieen des Korium sind reich an Zellen. Hauptsächlich die Nachbarschaft der Blutgefäfse, der untere Rand mancher Höhlen und viele Papillen, welche von gröfseren Erweiterungen frei sind, weisen dichtere Zellanhäufungen auf. Die centralen Partieen sind kernreicher als die Randpartie; die Umgebung der gröfsten Höhlen gewöhnlich relativ am kernärmsten.

Die Höhlen und Kanäle enthalten zum gröfsten Teile koagulierte Lymphe, viele enthalten Blut oder ein Gemisch von Blut und Lymphe. Bei stärkerer Vergröfserung (Reichert, Obj. 8, okular 2) erweisen sich die Höhlen und Kanäle mit wohlgeformten Endothel in kontinuierlicher Lage ausgekleidet. Dasselbe ist nur in den gröfsten Hohlräumen von sehr flacher Form. In den Höhlen und Kanälen von geringerem Kaliber ist ihre Form nicht abgeplattet, oft ziemlich bauchig, spindelförmig im Durchschnitte und sie stehen hier ziemlich enge gedrängt (s. Figg. 3 und 4). In manchen kleineren Erweiterungen ist die Gröfse der Endothelien besonders auffällig (s. Fig. 3). In einzelnen Hohlräumen fanden sich Riesenzellen, d. h., grofse Zellen mit körnigem Protoplasma und bis zu zwölf wohlgeformten, bläschenförmigen Kernen. Sie lagen zum Teil der Wand

an, bei anderen war es jedoch nicht mit Sicherheit zu bestimmen, ob sie dem Wandbeleg oder dem Inhalte zuzurechnen seien.

Die gröfseren Höhlen, besonders die runden, und die gewundenen Kanäle haben einen scharfen, regelmäfsigen Kontur. Die kleineren länglichen zeigen oft zackenartige Fortsätze (s. Fig. 4 a), welche in kürzere oder längere Fäden auslaufen. Diese Fäden stehen mit ihrem breiteren basalen Teile mit der Höhle in Verbindung, ihre feinere Fortsetzung verläuft leicht geschwungen. Sie sitzen den Hohlräumen seitwärts auf oder bilden eine Verlängerung an der Spitze derselben. Sie stehen oft auch mit erweiterten Kapillaren in Verbindung. Bei den kürzeren findet sich gewöhnlich an der Abgangsstelle ein Kern; bei den längeren ist leicht ein Lumen zu entdecken und diese besitzen je nach ihrer Länge eine verschiedene Anzahl wohlausgebildeter Endothelzellen. Manchmal stehen (s. Fig. 5) mehrere benachbarte Hohlräume durch solche feine, endothelbesetzte Spalten miteinander in Verbindung. Ähnliche feine Spalten finden sich auch inmitten stärkerer Zellhaufen oder auch im kernärmeren Bindegewebe. Sie besitzen stellenweise Erweiterungen, und es hat oft den Anschein, als würden die benachbarten runden Zellen oder die fixen Bindegewebszellen sich zum Wandbelag derselben umwandeln. In vereinzelten Papillen sieht man 2—3 dieser endothelbesetzten Spalten neben einander verlaufen, von welchen man eine oder die andere direkt in eine erweiterte Kapillare oder in einen subpapillären Hohlraum übergehen sieht. Es können demnach auch durch allmähliche Erweiterung dieser Spalten mehrere eng nebeneinander liegende Höhlen entstehen, welche durch Usurierung ihrer Wände später miteinander konfluieren.

Der Inhalt der meisten Höhlen, feineren und weiten Kanälen ist, wie schon früher erwähnt, feinkörnig koagulierte Lymphe, in welcher weifse Blutkörperchen in mäfsiger Anzahl eingeschlossen sind. Einzelne enthalten eine gröfsere Menge der letzteren. Andere Höhlen führen Blut, und diese stehen mit Blut enthaltenden Kapillaren in direkter Verbindung, sind also vermutlich aus letzterer hervorgegangen.

Dafs die Blutgefäfse an dem Prozesse teilnehmen, geht aber noch aus anderen Befunden hervor. Es sind nämlich die oberflächlicheren Blutgefäfse der betreffenden Hautpartie oft, und zwar besonders die Venen und Kapillaren, stark erweitert und gewunden. In ihrer unmittelbaren Nachbarschaft findet sich die dichteste Zellanhäufung. Die in manchen Zellherden befindlichen Spalten und Erweiterungen enthalten des weiteren, besonders in der subpapillären Schichte, sehr oft Blut (s. Fig. 6). Die papillaren Blutgefäfse der in der Randzone befindlichen, von Erweiterungen freien Papillen sind ebenfalls von dichten Zellanhäufungen eng umschlossen.

In den mit Hohlräumen versehenen Papillen sind die Blutkapillaren oft an die Epithelschichte beiseite geschoben, oder sie verlaufen in den Septen zwischen den Lymphräumen. Eine Kommunikation zwischen den letzteren und den Kapillaren entsteht manchmal durch Zerreifsen der Zwischenwand. Dies scheinen wenigstens die mit Lymphe und Blut gefüllten Hohlräume anzudeuten.

Das Bindegewebe ist, wie schon erwähnt, kernreicher, stellenweise, und zwar besonders den mehr centralen Partieen zu, von dichter, herdförmiger Infiltration eingenommen. Die letztere besteht aus runden, ovalen und spindelförmigen, einkernigen Zellen. Aufserdem finden sich Mastzellen und Pigment führende Zellen. Das Bindegewebe selbst zeigt wenig Veränderungen. Um die gröfseren Hohlräume ist es oft trüb, glasig, verquollen und stellenweise sind kolloidähnliche, glänzende Schollen eingelagert. Je gröfser die Hohlräume, desto schmäler wird der bindegewebige Saum zwischen ihnen und der Epithelschichte. An einzelnen Stellen ist der letztere vollkommen geschwunden und der Endothelbelag der Hohlräume liegt enge an der untersten Lage der hier gewöhnlich auf nur 2 Reihen reduzierten Stachelschichte an. Die Zellen der letzteren sind an diesen Stellen niedriger, durch Imbibition mit Lymphe des öfteren vacuolisiert; die interepithelialen Saftspalten in den betreffenden Partieen mehr als anderswo von Wanderzellen durchsetzt.

Das Stratum reticulare corii zeigt keine pathologischen Veränderungen. Ganz ausnahmsweise fand sich ein erweitertes Lymphgefäfs in den höheren Lagen desselben.

Aus dieser Beschreibung ist zu entnehmen, dafs wir es hier mit einem hyperplastischen Prozesse zu thun haben. Hierfür spricht vor allem die enge und kontinuierliche Anordnung und die oft ziemlich bauchige Form der Endothelien. Würden wir es nur mit einer einfachen Ektasierung der Gefäfse zu thun haben, dann müfsten die Endothelien überall abgeflacht werden, ihre Kerne müfsten weit auseinanderrücken, es müfste bei hochgradiger Ektasierung selbst die Kontinuität des Endothelbelages leiden. Eine stärkere Abflachung des Endothels findet sich hier nur in den gröfsten Höhlen und in den weitesten Schläuchen, deren Septen schon usurieren, und auch hier ist der Endothelbelag kontinuierlich. Eine gröfsere Anzahl von Mitosen konnte ich mit Rücksicht auf das langsame Weiterschreiten des Prozesses nicht erwarten. Auch war die Fixierung nicht zweckentsprechend vorgenommen worden. Infolge dieser Umstände fand ich nur einmal in den Präparaten, bei welchen ich darauf achtete, eine Kernfigur einer Endothelzelle. Vielleicht ist es aber erlaubt, die Riesenzellen, die oben erwähnt wurden, ebenfalls als Proliferationserscheinung der Endothelkerne aufzufassen.

Es sind jedoch noch andere Symptome der Neoplasie vorhanden.

Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf das Lymphgefäfssystem, waren jedoch auch an den Blutgefäfsen zu beobachten. Es sind dies einerseits die Vorgänge homoeoplastischer Neoplasie, das Auswachsen von Gefäfssprossen aus Kapillaren und Hohlräumen, anderseits die Bildung von endothelbelegten Spalten im Bindegewebe und inmitten der Zellenherde (heteroplastische Neoplasie).

Als Proliferationserscheinungen mufs man des weiteren noch andere Befunde ansprechen. Die Untersuchungen über das normale Lymphgefäfssystem der Haut haben nämlich ergeben, dafs die Papillen entweder keine, oder nur stellenweise (z. B. an der Hand und an den Füfsen) Lymphgefäfse enthalten, und dafs diese nur bis zu der Grenze des untersten Drittels oder etwas über die Hälfte der Höhe der Papille sich erstrecken und dort blindsackförmig, oder schlüsselringförmig, oder fein auslaufend endigen. (S. Ranvier, *Traité technique d'histologie.* 2. édition. 1889, und Koellicker, *Handbuch der Gewebelehre des Menschen.* 6. Auflage. 1889, auch Hoggan l. c.) Nun finden sich aber hier endothelbesetzte Spalten, welche bis an die Spitze der Papille verlaufen, einzelne Papillen mit mehreren dieser Spalten versehen, oder Hohlräume, welche sich nach abwärts in zwei Kapillaren fortsetzen. In Anbetracht der oben angeführten Verhältnisse an normaler Haut können diese Befunde nur als Neubildungsvorgänge gedeutet werden.

Der Kernreichtum des Bindegewebes spricht dafür, dafs auch dieses an dem hyperplastischen Prozesse teilnimmt; die späteren Degenerationserscheinungen desselben und sein Verdrängtwerden durch die Hohlräume zeigen jedoch an, dafs seine Proliferation für die Beurteilung des Prozesses nur von sekundärer Bedeutung ist und dafs die Veränderungen an den oberflächlichen Gefäfsen des Korium dafür mafsgebend seien. Diese Auffassung legt auch der immer wiederkehrende Befund nahe, dafs sich die Proliferation des Bindegewebes insbesondere an die Nachbarschaft der Gefäfse, und zwar hauptsächlich der Blutgefäfse, anschliefst.

Das Wesen des uns beschäftigenden Prozesses besteht demnach in einer Proliferation der Angioblasten, in einer Neubildung von Lymphgefäfsen, teilweise auch von Blutgefäfsen und in deren Umformung zu Hohlräumen und weiten Kanälen. Wir glauben, dafs auf Grund des eben Dargelegten der Schlufs seine Berechtigung hat, dafs wir es in diesem Falle und in den von Hutchinson und Malcolm Morris mitgeteilten, mit unseren vollkommen identischen Fällen mit Geschwülsten, und zwar, wie sich aus der histologischen Beschreibung ergibt, mit varikösen, kapillaren Lymphangiomen resp. Haemato-Lymphangiomen zu thun haben.

In dieselbe Gruppe der kapillaren, varikösen Lymphangiome gehören nach unserer Meinung noch zwei weitere Fälle. Der eine ist das von

Tilbury und Colcott Fox publizierte Lymphangiektodes, bei welchem es neben angeborenen Blutgefäfsmälern vom zweiten Lebensjahre an zur Bildung von warzen- oder froschlaichähnlichen Gebilden kam, denen mikroskopisch Lymphräume hauptsächlich in den Papillen und dem subpapillären Stratum entsprechen. Die genannten Autoren kommen auf Grund ihrer histologischen Untersuchung zu dem Schlusse, dafs bei dieser Affektion eine Hyperplasie (overgrowth) der Lymphgefäfse und der Venen vorhanden sei.

Durch das liebenswürdige Entgegenkommen des Herrn Colcott Fox, für welches wir nicht ermangeln, auch an diesem Orte unseren aufrichtigsten Dank auszusprechen, war uns Gelegenheit geboten, einige von diesem Falle stammende Präparate zu untersuchen. Die Betrachtung derselben brachte uns zu der Überzeugung, dafs die Affektion von einer Hyperplasie der Angioblasten verursacht ist. Sie hat demnach die gleiche pathologische Bedeutung wie der von uns untersuchte Prozefs.

Auch hier fanden wir die verschieden geformten Hohlräume, die gewunden verlaufenden Kanäle in den Papillen und dem subpapillären Stratum; dieselben standen auch hier oft mit Kapillaren in Verbindung, ihr Inhalt war ebenfalls koagulierte Lymphe mit weifsen Blutkörperchen, oder Blut und Fibrinfäden. Sie waren oft nur durch dünne Septen von einander abgeschieden und diese waren stellenweise usuriert. Ihr Endothel war auch hier wohl ausgebildet, besonders in den kleineren Hohlräumen in enger Anordnung und überall in kontinuirlicher Lage. Um die Gefäfse, in den Papillen, welche der Hohlräume bar waren und um die Hohlräume, besonders an dem unteren Rand der letzteren fanden sich dichtere Zellhaufen.

Es müssen des weiteren die Veränderungen des Lymphgefäfssystems, welche in dem Falle Köbners angeboren waren, ebenfalls in diese Gruppe mit einbezogen werden. Auch hier waren, wie in der eben besprochenen Beobachtung von Tilbury und Colcott Fox, Hämangiome vorhanden, und die Lymphbläschen waren auf oder neben diesen und isoliert aufgetreten. Es ist kaum anzunehmen, dafs es sich hier nur um einfache Lymphangiektasien gehandelt hat. Es wurde wohl in diesem Falle keine histologische Untersuchung gemacht; doch bestehen neben den Lymphbläschen noch mancherlei andere hyperplastische Zustände des Hautorgans, aus welchen der Rückschlufs, dafs es sich hier auch um einen hyperplastischen Prozefs des Lymphgefäfssystems handelt, berechtigt zu sein scheint. Bei dem engen Verhältnis, welches — wie Klebs nach Sigmund Mayer betont — zwischen Lymph- und Blutgefäfsen entwickelungsgeschichtlich herrscht, und welches sich auch bei der Lymphangiombildung dadurch manifestiert, dafs ein Teil der Hohlräume Blut zu führen pflegt, in Anbetracht des Umstandes ferner, dafs die Blutmäler durch

Proliferation des Gefäfsbaumes entstehen und als Blutgefäfsgeschwülste aufzufassen sind (s. KLEBS, l. c.), ist vor allem das Vorhandensein der Blutgefäfsmäler in dieser Beziehung hervorzuheben. Aufserdem waren noch andere kongenitale Geschwülste (Fibrome, Neurofibrome) zugegen, und es ist daher sehr naheliegend, diese Lymphbläschen ebenfalls als Geschwülste, und zwar, ebenso wie die bisherigen, mit welchen ihnen die Bläschenform gemeinsam ist, als variköse, kapillare Lymphangiome aufzufassen.

Anders steht es um die von COLCOTT FOX unter dem Namen Lymphangiektasis oder lymphatic warts of children mitgeteilten Fälle. Nach Durchsicht der uns von Herrn COLCOTT FOX in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellten Präparate, können wir die hier auftretenden, nur Blut führenden und mit Blutkapillaren in Verbindung stehenden Bläschen nicht als erweiterte Lymphgefäfse auffassen, in welche das Blut erst sekundär hineingelangt wäre. Wir schliefsen uns um so bereitwilliger einer anderen, ebenfalls schon von COLCOTT FOX geäufserten Ansicht an, dafs diese Hohlräume dem Blutgefäfssysteme zugehören. Diese Fälle sind daher nach unserer Meinung aus der Klasse der Lymphgefäfsveränderungen zu streichen, und mit dem später von MIBELLI unter dem Titel Angiokeratoma [3] beschriebenen, auch nach der uns brieflich mitgeteilten Meinung des Herrn C. FOX mit seinen Beobachtungen vollkommen identischen Falle in eine Gruppe zu bringen.

In der Gruppe des Lymphangioma capillare varicosum cutis fassen wir also 3 Fälle HUTCHINSONS, je einen Fall von MALCOLM MORRIS, von TILBURY und COLCOTT FOX, von KÖBNER und unseren Fall zusammen. Wahrscheinlich gehören auch die Fälle von CROCKER, WALSHAM und HAYES, welche CROCKER (*Diseases of the skin.* 1888. pag. 502) anführt, über welche wir jedoch die näheren Details nicht erfahren konnten, hierher. [4]

Dafs es sich bei diesen Prozessen um hyperplastische Vorgänge des Lymphgefäfssystems handelt, geht, abgesehen von den oben mitgeteilten Befunden, noch daraus hervor, dafs sich ganz dieselben Formen bläschenförmiger Bildungen der im Papillarkörper der Lederhaut befindlichen Anfänge der Lymphgefäfse den kavernösen und ausgedehnten varikösen Lymphangiomen der gröfseren Lymphgefäfsstämme anschliefsen, für welche, wie oben mitgeteilt wurde (s. NASSE l. c. und KLEBS l. c.) der proliferative Vorgang schon häufiger nachgewiesen wurde. Wir wollen nur

---

[3] *Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten.* Heft 2, und *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1889. Septbr.

[4] Die von CROCKER ebenfalls citierten Beobachtungen von SIDNEY JONES und OEDENIUS stellen Fälle von Elephantiasis lymphorrhagica dar, gehören daher nicht in diese Gruppe.

einige Beispiele anführen. In der von GJORGIEWICZ mitgeteilten Beobachtung (*Langenbecks Archiv für klin. Chirurgie.* Bd. XII. Heft 2) waren oberflächliche Lymphcystchen über einem subkutanen Lymphangioma cavernosum zugegen. Von Fällen variköser Lymphangiome will ich nur den von PETHERS und KLEBS mitgeteilten (*Prager Vierteljahresschrift.* Bd. 125 nach KLEBS), bei welchem die Bläschen an den Schamlippen saſsen und der hyperplastische Prozeſs sowohl aus dem progressiven Charakter der Affektion, als auch histologisch nachweisbar war, und den von BRYK (*Archiv f. Chirurgie.* XXIV. nach ESMARCH und KULENKAMPFF) beschriebenen erwähnen, bei welch letzteren die histologische Untersuchung ebenfalls Neubildung von Lymphgefäſsen nachwies und der progressive Charakter des Krankheitsprozesses ebenfalls deutlich erkennbar war. In dem letzteren Falle war nämlich anfangs der pathologische Prozeſs nur auf die Füſse beschränkt, vom 15. Lebensjahre an verbreitete er sich immer mehr und nahm von der ursprünglich affizierten Region ganz ferne liegende Partieen (obere Extremität, Gaumen, Nasenrachenraum, Plexus lumbales, hypogastrici, pleurales etc.) in Besitz. Die mit neugebildeten Lymphkapillaren kommunizierenden Lymphbläschen saſsen hier hauptsächlich auf der Haut der unteren Extremität.

Kapillare Lymphgefäſserweiterungen, welche dem Aussehen nach mit den kapillaren, varikösen Lymphangiomen vollkommen übereinstimmen, schlieſsen sich auch der Elephantiasis an [5]). Auch diese verdanken einer Hyperplasie der Lymphangioblasten ihre Entstehung.

Dies legt schon eine gewisse Unbestimmtheit nahe, welche in dem Zeitpunkt des Erscheinens der Cystchen bei der Elephantiasis herrscht. In den meisten Fällen kongenitaler Elephantiasis beherrschen die Erweiterungen der oberflächlichen und tiefen Lymhgefäſse gleich im Anfange die Scene; es gibt jedoch Fälle, in welchen sich erst die Elephantiasis entwickelt und erst später das Aufschieſsen der Bläschen oder „herpesähnlicher Flecke“ folgt (z. B. in einer Beobachtung von DAY, Fall 49, BUSEY [6]). Dies erklärt sich ungezwungen durch die Annahme, daſs in einem Falle der hyperplastische Prozeſs früher oder in höherem Grade das Lymphgefäſssystem befiel und die Hyperplasie des Bindegewebes erst nachfolgte, oder sich langsamer entwickelte, und in dem anderen Falle

---

[5] In Anbetracht dessen, daſs wir — wie später gezeigt werden soll — für die Entstehung der kutanen Lymphangiome eine kongenitale Disposition anzunehmen gezwungen sind, fassen wir hier nur die angeborene oder auf kongenitale Verhältnisse zurückzuführende Elephantiasis ins Auge.

[6] Die in den folgenden Zeilen anzuführenden Fälle geben wir nach dem Werke von SAMUEL C. BUSEY, *Congenital occlusion and dilatation of lymph-channels.* New York 1878. In dem angeführten Falle DAYS bestand die Elephantiasis seit dem Alter von 2½ Jahren. Die Haut der hypertrophischen Unterextremität blieb während der allmählichen Volumszunahme von normalem Aussehen. Während des Wachstums schossen die Bläschen auf dem erkrankten Beine, Penis und Scrotum auf.

der Prozefs den umgekehrten Weg einschlug. Diese Annahme wird noch gestützt durch Fälle, wo, wie in der Beobachtung Thilesens (Fall 52, Busey) die Bläschen sich zu einer, seit dem ersten Lebensjahre bestehenden Elephantiasis des rechten Beins — welches zeitweilig anschwoll und von Lymphorrhöe befallen war — in gröfserer Menge gesellten, als mit dem 10. Lebensjahre eine raschere Zunahme des Umfanges des betreffenden Gliedes eintrat. Dieselbe Auffassung legen noch Beobachtungen nahe, wo neben der Elephantiasis und den Lymcystchen noch anderweitige hyperplastische Zustände vorhanden sind. So z. B. wurde in einem Falle Friedbergs (Fall 48, Busey) bei der Geburt Elephantiasis des rechten Beines und Fufses, der linken Hand, einige Lipome auf dem Rücken, harte und geschwollene Lymphdrüsen der rechten Seite des Halses, Blutgefäfsnaevi und erweiterte Venen an verschiedenen Stellen des Thorax und der linken Hand konstatiert. Aufserdem war in der linken Achselhöhle und an der inneren Seite des linken Oberarmes ein Netzwerk dicker Stränge durchzufühlen und die betreffende Region war mit hellen Vesikeln besäet. Im weiteren Verlaufe kam es zu Riesenwuchs beider Arme und Hände. Ein ähnlich zu deutender Fall ist die Beobachtung No. 1 von Busey, bei welcher eine kongenitale elephantiastische Verdickung der rechten unteren Extremität mit 4 Naevis, einem kavernösen Haemangioma, Lymphcysten in der Bauchhöhle, im subkutanen Bindegewebe und zwischen den Muskeln der betreffenden Extremität und endlich mit klarer Lymphe gefüllte mit den Lymphgefäfsen kommunizierende, oberflächliche Bläschengruppen vorhanden waren.

Ich hatte vor kurzem Gelegenheit, ein solches kapillares Lymphcystchen mikroskopisch zu untersuchen und konnte dabei keine erhebliche, höchstens nur graduelle Differenzen gegenüber den Erweiterungen bei den reinen Kapillaren, varikösen Lymphangiomen finden.

Es handelt sich in diesem Falle um einen 12jährigen, schwächlichen, anämischen Burschen, der früher viel an Drüsen gelitten hat.[7])

An der hinteren, inneren Seite des unteren Drittels des Oberschenkels fand sich eine sackförmige, aus zwei über einander gelegenen, ungefähr gleich grofsen Lappen gebildete, etwas über kindsfaustgrofse Verdickung, welche allmählich gegen die gesunde Nachbarschaft abfällt und ohne scharfe Grenze in dieselbe übergeht. Über ihre Oberfläche zieht eine quere, sehr schwach angedeutete Einsenkung, welche die Grenze der Lappen markiert. Die Verdickung ist in ihrer Hauptmasse von weicher, teigiger Konsistenz, gegen die Mitte zu etwas derber und besonders in der oberen Partie ist ein ovales, derbes, etwa haselnufsgrofses Gebilde

[7] Der Fall wurde von Dr. Leo Leistikow im ärztlichen Verein von Hamburg vorgestellt.

durchzufühlen, an welchem die Oberhaut etwas fester adhäriert. Die ganze verdickte Partie ist über der Muskulatur verschiebbar, die Oberhaut hingegen ist gegen dieselbe nicht scharf abgegrenzt und nur mit einem Teile der weichen Geschwulst faltbar. Auf der Haut über der verdickten Partie finden sich bläschen- oder warzenartige stecknadelkopfgroſse oder etwas gröſsere Gebilde solitär, zu pfenniggroſsen Gruppen vereinigt, oder in kurzen Bogenlinien gereiht. Nach Loslösung der dicken Hornschichte erscheinen auch die Warzen als runde, halbkugelig hervorgewölbte Bläschen. Die Bläschen sind, mit Ausnahme einer kleinen Blut enthaltenden Gruppe, transparent, mit einer gelblichen, klaren Flüssigkeit gefüllt und lassen sich durch Fingerdruck nur wenig komprimieren. Nach Auflassen des Druckes erreichen sie rasch ihre frühere Gröſse. Das Anlegen einer elastischen Binde ober- oder unterhalb der Verdickung hat auf ihren Füllungszustand keinen deutlich erkannbaren Einfluſs, ebenso wenig auf die Gröſse der Geschwulst. Mit Ausnahme der eben erwähnten Veränderungen ist die Haut von vollkommen normalem Aussehen.

Beginn der Affektion vor 10 Jahren, angeblich infolge einer durch die Scherben eines Topfes verursachten Schnittwunde, welche bald vernarbte. Von der Narbe ist gegenwärtig nichts sichtbar. Allmählich verdickte sich die entsprechende Partie des Schenkels, und gleichzeitig erschienen die ersten Bläschen, deren Zahl allmählich wuchs. Keine Entzündungen, kein Nässen im weiteren Verlaufe. Keine subjektiven Beschwerden.

Es handelte sich also in diesem Falle um eine circumscripte, weiche Fibromatose mit Bildung von kapillaren Lymphcystchen, welche sich, wie man wohl mit Rücksicht auf die Leichtigkeit der stattgehabten Schädlichkeit, den Mangel weiterer Entzündungen und die frühe Entwickelung annehmen muſs infolge irgendwelcher kongenitaler Disposition entwickelte, wobei das Trauma die Gelegenheitsursache, ein quasi auslösendes Moment lieferte. Eines der solitären Cystchen wurde abgetragen, in Alkohol gehärtet und zu mikroskopischer Untersuchung verwendet. Die Wunde heilte im Laufe einer Woche zu.

Die Unterschiede gegen die Befunde bei dem weiter oben beschriebenen kapillaren Lymphangiom sind hauptsächlich dadurch bedingt, daſs wir dort bohnen- bis haselnuſsgroſse Bläschen*gruppen*, hier nur ein etwa stecknadelkopfgroſses Bläschen und dessen unmittelbare Nachbarschaft zu untersuchen hatten. Dieses Bläschen nahm im Durchschnitt den Raum von etwa 5 Papillen ein und war durch das Konfluieren mehrerer benachbarter Hohlräume entstanden, was noch durch die Überreste einzelner früherer Septen angedeutet war. Es war von flachem Endothel umrahmt, welches an dem oberen Rande, wo der Endothelbelag unmittelbar der auf zwei Lagen reduzierten Stachelschicht anhaftete,

stellenweise fehlte. Das Bläschen enthielt körnig koagulierte Lymphe, einige weifse Blutkörperchen und hie und da eine gröfsere Zelle mit bläschenförmigem Kern, vermutlich eine von der Wand losgelöste Endothelzelle. Das dem unteren Rande des Bläschens anliegende Bindegewebe, war dem Rande parallel geschichtet. In den dem Bläschen nächsten Papillen, bis auf die dritte bis vierte Papille im Umkreise, sind weitere Veränderungen der Lymphgefäfse sichtbar. Es finden sich kernreiche Papillen mit bis an die Spitze derselben verlaufenden, endothelbelegten, feinen Lymphspalten, andere, welche mit ziemlich erweiterten, ein protoplasmareiches und eng geordnete Endothel besitzenden Hohlräumen, die nach abwärts in Kapillaren übergehen und koagulierte Lymphe und weifse Blutkörperchen enthalten, versehen sind. In noch anderen steigt das erweiterte Lymphgefäfs nur bis zur Hälfte der Papillenhöhe hinauf oder es findet sich aufser einer geringen Kernvermehrung nichts Abnormes in ihnen. Die tieferen Lymphgefäfse des Stratum papillare und retikulare corii sind unverändert. Das Bindegewebe des Koriums ist etwas kernreicher.

Wir können nicht umhin, auch aus diesen den früheren ähnlichen Befunden auf einen proliferativen Vorgang der Lymphangioblasten zu folgern und eine einfache Ektasierung infolge von Lymphstauung aus zuschliefsen.

Ich glaube ferner, dafs für diese Auffassung der kapillaren Lymphgefäfserweiterungen bei der Elephantiasis auch der Fall „Multiple lymphatic naevi of the skin" von HOGGAN mit Berechtigung herangezogen werden kann. Der ganze Entwickelungsgang des Krankheitsprozesses (s. die im ersten Teil gegebene Krankheitsgeschichte) und alle Symptome desselben sprechen dafür, dafs dieser Fall der Elephantiasis zugezählt werden mufs, für deren frühes Stadium ihn übrigens auch HOGGEN hält. Die Flecke, denen die hyperplastischen Lymphgefäfse im Korium entsprechen, spricht HOGGAN als „lymphatische Naevi" an, womit er — wenn ich recht verstehe — der Ansicht Ausdruck verleiht, dafs dieses Gefäfskonvolut, so wie es ist, embryonal angelegt wurde. Es spricht jedoch nichts dagegen, dafs diese Hyperplasie der Lymphgefäfse ebenso wie die des Bindegewebes zur Zeit der erysipelasartigen Entzündung angefacht wurde, insbesondere, wenn wir berücksichtigen, dafs in diesem Falle bis zu dem sechsten Lebensjahre des Patienten keine Erscheinungen irgendwelcher angeborener Gefäfsanomalien vorhanden waren und dieselben erst nach den entzündlichen Zufällen auftraten. Eine angeborene Disposition des Lymphgefäfssystems zu ähnlichen Wucherungen läfst sich freilich auch hier kaum ausschliefsen, wenn man die relativ frühe Entwickelung der Affektion und die nur auf einzelne Flecke beschränkte Lymphgefäfsveränderung berücksichtigt.

Unserer Meinung gemäfs zeigt dieser Fall, dafs hyperplastische Vorgänge schon im frühesten Stadium gewisser Elephantiasisformen an den Lymphgefäfsen vorhanden sind und die weiteren Veränderungen der letzteren initiiren.

Die bisher erwähnten Fälle von Elephantiasis, welche alle auf kongenitale Verhältnisse zurückführbar sind, in Gemeinschaft mit dem Fall III von HUTCHINSON, bei welchem es zu erysipelatoider Entzündung kam, und mit der Beobachtung von TILBURY und COLCOTT FOX, bei welcher sich später eine elephantiastische Verdickung entwickelte, beweisen des weiteren, dafs sich von den kapillaren, varikösen Lymphangiomen der Haut ebenso, wie dies KLEBS (l. c.) von den varikösen Lymphangiomen der gröfseren Lymphgefäfse ausführt, allmähliche Übergänge „zu der allgemeinen, als Elephantiasis bezeichneten Form hyperplastischer Gewebsentwickelung" (KLEBS l. c.) finden.

Die weiteren an der Haut beobachteten Fälle von Lymphangiomen unterscheiden sich in wesentlichen Punkten von den bisher besprochenen. In dem Falle KAPOSIS (Lymphangiome tuberosum multiplex) war der Prozefs vorzüglich in dem ganzen, unterhalb der Papillen gelegenen Korium zur Entwickelung gelangt; die Papillen waren, nach den beigefügten Zeichnungen zu urteilen, frei von Hohlräumen, und auch das subkutane Fettgewebe war in den Prozefs nicht mit einbezogen. In der histologischen Beschreibung KAPOSIS (*Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* 1887. II. Hälfte. S. 743) war die Wandung der enorm erweiterten Lymphgefäfse als verdickt angegeben. Es wird jedoch im Texte auf die Beschaffenheit der hypertrophischen Wände nicht näher eingegangen[8] und auch an den Zeichnungen ist eine besondere Hypertrophie der Wände nicht sichtbar. Es mag vielleicht mit der obigen Beschreibung eine Hyperplasie des zwischen den Hohlräumen befindlichen Bindegewebes gemeint sein, welche die tuberöse Form dieses über den ganzen Körper disseminierten Lymphangioms verursachte. Wir ersehen aus dieser kurzen Beschreibung, sowie aus dem im ersten Teile hierüber Referierten, dafs sich dieser Fall von den bisher beschriebenen, bläschenförmigen, und nur die obersten Lagen des Korium betreffenden, auf eine oder wenige Stellen umschriebenen Lymphangiomen sowohl klinisch als histologisch unterscheidet. Wir können daher keineswegs der Ansicht HOGGANS beipflichten, welcher den Fall KAPOSIS dem Lymphangiektodes beider FOX anschliefst.[9]

---

[8] In der ersten Beschreibung des Falles in dem Werke von HEBRA und KAPOSI (*Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1876) geschieht einer Muskulatur dieser Hohlräume Erwähnung, welche in dem oben citierten Texte nicht mehr angeführt wird.

[9] In der Übersetzung des Werkes von KAPOSI durch BESNIER und DOYON (Bd. II. pag. 230. 1881) lesen wir folgende Bemerkung: „L'un de nons en a observé un

An das Lymphangioma tuberosum multiplex reiht Pospelow und später auch Kaposi einen von ersterem beobachteten Fall an; Hoggan hinwieder glaubt denselben mit dem von ihm unter dem Titel Lymphatic naevi of the skin mitgeteilten, schon früher erwähnten Fall in eine Klasse bringen zu können. Wir glauben, dafs für beides keine genügende Begründung vorhanden ist. Pospelows Fall unterscheidet sich von den beiden anderen, mit welchen er verglichen wurde, sowohl in Bezug seines klinischen Verhaltens, als auch in seinem anatomischen Baue.

Dem Fall Kaposis gegenüber, in welchem die Knötchen mäfsig derbe und syphilitischen Papeln ähnliche waren, ist vom klinischen Standpunkte hervorzuheben, dafs die Lymphangiome, welche Pospelow beobachtete, durchscheinend waren und auf Druck verschwanden. Bei dem Kranken Hoggans hinwieder bildeten sich die Vorwölbungen an der Unterextremität bei andauernder aufrechter Stellung, und sie verschwanden bei Bettruhe spontan. Ebenso klare Unterschiede ergeben sich aus dem histologischen Bilde. Die dem Artikel von Pospelow beigefügte histologische Figur zeigt besonders in den tieferen Hautschichten das Bild eines cavernösen Lymphangioms. Neben queren und diagonalen Schnitten erweiterter Lymphkapillaren finden wir hier eine gröfsere Anzahl bizzar geformter Hohlräume, in welche Reste von früheren Scheidewänden hineinragen. Auch in dem Texte Pospelows geschieht „usurierter" Wände Erwähnung.

In dem von Hoggan publizierten Falle war von all dem nichts zu sehen. An den betreffenden Stellen fand sich unterhalb der Papillen eine breite Lage sehr dicht gelagerter und eng verschlungener Lymphgefäfse von ganz normaler Beschaffenheit.

Die Beobachtung van Harlingens, welche wir nur aus dem Referate C. Fox' kennen, scheint hingegen der Pospelowschen zu entsprechen. Denn die stecknadelkopf- bis haselnufsgrofsen, bläulichen Erhebungen, welche sich bei einer 30jährigen Frau entwickelten, waren hier ebenso kompressibel und boten dem tastenden Finger so sehr dasselbe Gefühl dar, dafs beide Autoren dieselben Vergleiche gebrauchen, nämlich beim Tasten die Empfindung eines „Luftkissen" und beim Komprimieren den Vergleich zu einer „Umbilicalhernie eines Kindes."

Wir haben demnach an der Haut im engeren Sinne 3 Formen von kapillaren Lymphangiomen zu unterscheiden: 1. das variköse Lymphangiom, 2. das tuberöse (fibromatöse) Lymphangiom, 3. das kavernöse Lymphangiom. Die beiden letzteren Formen okkupieren im Gegensatze zu der ersten, welche in den bisher bekannt gewordenen Fällen nur die

---

exemple très remarquable (— lymphangioma tuberosum multiplex —), ayant son siège sur les deux mains, particulièrement à la face dorsale, chez une jeune fille strumeuse mais il ne nous a pas été donné d'en faire l'examen histologique."

obersten Koriumschichten betraf, die ganze Breite der Lederhaut, und verschonen blofs die oberflächlichsten Lagen derselben.

Wir müssen noch kurz an die Frage herantreten, was die Ursache der Lymphangiombildung sei. Gegen die Annahme, dafs einfache Lymphstauung die Ursache dafür abgebe, ist schon von so verschiedenen Seiten argumentiert worden, dafs wir uns unter Hinweis auf die betreffende Litteratur, insbesondere auf die detaillierten Ausführungen von ESMARCH und KULENKAMPFF (*Die elephantiastischen Formen*, Hamburg 1885) und NASSE (l. c.) eines Eingehens in diese Frage umso eher entschlagen können, als wir auch durch unsere Untersuchungen einen neoplastischen Vorgang konstatieren konnten.

Es modifiziert sich also obige Frage auf die nach der Ursache dieses hyperplastischen Prozesses. Für diesen nehmen ESMARCH und KULENKAMPFF eine lokale Disposition an, deren Ausdruck sie (l. c. S. 157) in Bildungsanomalien der Lymphgefäfse einer bestimmten Region, Erweiterungen, fehlerhafte Klappenapparate, partieller Verschlufs, anomaler Verlauf oder Ausmündung), kurz, in Verhältnissen erblicken, welche leicht zu lokalen Stauungen der normalen Lymphe führen. Sie betonen ganz besonders, dafs es die gestaute normale Lymphe sei, welche Hyperplasien hervorrufen könnte, dafs hingegen die an gelösten und korpuskulären Elementen ärmere Stauungslymphe (z. B. bei Herzfehlern) dies zu thun nicht imstande sei. Gegen diese Ansicht haben wir folgendes einzuwenden.

In den von BUSEY erwähnten Fällen waren es im ganzen drei, bei welchen Störungen der Blutcirkulation als ursächliche Momente herangezogen werden konnten. Von diesen heben wir besonders den Fall CHOLMELEYS (No. 69 bei BUSEY) hervor [Kongenitaler Herzdefekt. Vom sechsten Jahre an Anschwellen des rechten Beines, Auftreten von Lymphbläschen und Lymphorrhoe]. In diesem Falle waren jedoch die hypertrophischen Veränderungen, im Gegensatze dazu, wie man es bei Veränderungen, welche von durch mechanische Ursachen hervorgerufenen Stauungen bedingt sind, erwarten mufs, nur auf die eine Seite beschränkt. Es müfsten also im Sinne von E. und K. noch aufserdem lokale Cirkulationsanomalien der Lymphe der betreffenden Seite angenommen werden (E. und K. l. c. S. 159).

Es ist jedoch nicht einzusehen, weshalb diese nun die Hyperplasie der Lymphangioblasten anregen sollten, da sie doch die aus anderen Ursachen hervorgegangene Lymphstauung an der betreffenden Stelle höchstens steigern können. Was sich aber auch an dieser Stelle staut, könnte doch unter den obwaltenden Umständen nichts anderes als Stauungslymphe sein.

Auch müfsten diese supponierten Lymphcirkulationsanomalien gleich-

mäfsig auf die Endothelien der papillären Lymphgefäfse eines bestimmten Bezirkes einwirken; wir finden jedoch oft dicht neben stark cystisch erweiterten Lymphkapillaren Papillen, welche aufser einem gröfseren Zellreichtum nichts Abnormes aufweisen. Man müfste daher noch eine weitere Disposition bestimmter Lymphkapillaren, auf die lokale Lymphstauung mit Hyperplasie zu antworten, annehmen.

Wir möchten des weiteren noch den folgenden Umstend zu bedenken geben, welcher — wie wir glauben — ebenfalls mit einiger Berechtigung gegen die Annahme von ESMARCH und KULENKAMPFF angeführt werden kann. Bei der Urticaria besteht ein auf ein circumscriptes Terrain beschränktes Ödem. Die Lymphe, welche in diesem Falle das Lymphgefäfssystem der betreffenden Region überfüllt, kann wohl mit Rücksicht auf die einleitende kongestive Hyperämie und die Reizerscheinungen von seiten der Nerven, kaum mit dem Produkt der Stauung bei Herzkrankheiten vollkommen in eine Reihe gestellt werden. Trotz der häufigen Wiederholung dieser Lymphüberfüllung an ein und derselben Stelle, wie sie mit der Urticaria pigmentosa einhergeht, kommt es aber doch nicht zur vermehrten Aktivität der betreffenden Lymphangioblasten.

Es lassen sich des weiteren bei dem ausgebildeten subpapillären Lymphgefäfsnetze den von E. und K. angeführten ähnliche Störungen der Lymphcirkulation schwer vorstellen, welche Stauungen der Lymphe eines gröfseren oder kleineren Papillarbezirkes verursachen könnten; und solche müfste man für die Kapillaren variköser Lymphangiome annehmen. Die Erklärung der lokalen Disposition durch die Annahme von Cirkulationsverhältnissen, welche lokale Stauungen der Lymphe hervorrufen, scheint uns aus den angeführten Gründen nicht zulässig zu sein.

Ebenso können Entzündungen allein nicht die Ursache dieser Wucherung der Angioblasten abgeben, denn mit Ausnahme je eines Falles von HUTCHINSON und von TILBURY und COLCOTT FOX entwickelten sich und verliefen die übrigen Lymphangiome der eigentlichen Cutis ganz ohne entzündliche Erscheinungen. Dasselbe gilt auch von manchen Fällen kongenitaler oder sich früh entwickelnder lymphangiomatöser Elephantiasis. Es können aus den eben dargelegten Gründen die Stauung und Entzündung allein nicht die Ursachen der Proliferation und Ektasie der Lymphgefäfse sein. Durch den mit der Ektasierung und Entzündung einhergehenden stärkeren Füllungszustand der betreffenden Gefäfsabschnitte und durch die Aufstauung des Nährmaterials kann jedoch die Proliferation der Endothelien und die damit parallel laufende Erweiterung der Gefäfse unterstützt werden.

Da mit Ausnahme eines Falles von HUTCHINSON und VAN HARLINGEN alle übrigen Lymphangiome der Cutis entweder angeboren waren oder sich während der Kindheit entwickelten, so erübrigt uns nach all dem

bisher Dargelegten nur, die lokale Disposition für diese Fälle in einer angeborenen, gröfseren Wachstumsenergie der Angioblasten der betreffenden Region zu suchen, deren Ursache, bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse, allerdings noch in vollkommenes Dunkel gehüllt ist.

Vielleicht handelt es sich aufserdem noch um Störungen irgendwelcher das Wachstum regulierender Nervencentren. Wenigstens geben Fälle, wie derjenige Köbners (Lymphangiomata capillaria, multiple Neurofibrome, Atrophie der Muskulatur der betreffenden Seite, Zurückbleiben im Wachstum der betreffenden Extremität, Hyperidrosis, Temperaturerhöhung der erkrankten Seite l. c.) und der von Friedberg mitgeteilte (Lymphangioma capillare neben Riesenwuchs beider Arme und Hände *Virchows Archiv*, Bd. 40, nach Busey) Anlafs zu dieser Vermutung.[10]

Bemerkungen zu Tafel III.

Figg. 1 und 2. Übersichtsbilder mit dem Abbeschen Zeichenapparate. Okular 2 Objektiv aa, Zeiss gezeichnet. Fig. 1 zeigt circumscripte Erweiterungen, Fig. 2 schlauchförmige, teilweise stark erweiterte und mit eng aneinander gepreſsten Windungen. Beide etwas schräg zur Richtung der Papillen geschnitten. Figg. 3, 4, 5, 6, mit dem Abbeschen Zeichenapparat Okular 2, Objektiv 7, Reichert gezeichnet; auf der Tafel um zwei Fünftel verkleinert.

In Fig. 3 b tiefer gelegene Septen.

Erklärung im Texte.

Versammlungen.

Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft in Kiew, am 28. April 1890.

Dr. Tomaschewsky (*Wratsch.* 1890 No. 20.) berichtet einen Fall von **extragenitaler Infektion mit Lues** bei einem Arzte, der bei einer Patientin, die er selbst an Lues behandelt hatte und die mit Kondylomen am Introitus vaginae behaftet war, die Wendung wegen fehlerhafter Lage des Kindes zu machen gezwungen war. Vorfall des Armes; Dauer der Wendung 25—30 Minuten. Trotz aller Vorsichtsmafsregeln — Berieselung der Genitalien der Kreisenden mit Karbolsäurelösung (Concentration nicht angegeben), Einölung der eigenen Hände mit Karbolöl, peinliche Desinfektion derselben nach der Operation, traten bei ihm ca. 3 Wochen später auf dem Mittelfinger der linken Hand und beiden Zeigefingern 3 Primäraffekte auf, welche

---

[10] Neuere Untersuchungen (Holschewnikow, Ein Fall von Syringomyelie etc., verbunden mit trophischen Störungen [Akromegalie]. *Virchows Archiv.* Bd. 119. 1890) haben es wahrscheinlich gemacht, dafs die Akromegalie, oder Pachyacrie, wie Recklinghausen den Prozefs mit Rücksicht auf seine Verwandtschaft mit der Pachydermie nennt, von pathologischen Prozessen des Nervensystems abhängig ist.

nach der gewöhnlichen Inkubationsperiode von einem papulösen, lentikulären, universellen Exanthem gefolgt waren.

In Anbetracht dieses heroisch-tragischen Falles beschloſs die Gesellschaft bei der Regierung darum zu petitionieren, den bei Ausübung ihrer Berufsarbeit an ihrer Gesundheit Schaden nehmenden Ärzten besondere Vergünstigungen angedeihen zu lassen. *Kroug-Hungerburg bei Narwa.*

Besprechungen.

Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten. Übersichtliche Darstellung der Fortschritte in der Dermo-Therapie im letzten Decennium. Von Dr. H. v. Hebra. (Schnitzler. *Klinische Zeit- und Streitfragen.*)

Die vorliegende Abhandlung wird ohne Zweifel nicht bloſs bei den Dermatologen, sondern auch in der übrigen ärztlichen Welt Anklang und Beifall finden, weil sie, wie wenig andere Erzeugnisse der neueren Litteratur, einem vorhandenen Bedürfnisse abhilft.

Dieselbe zerfällt in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Der letztere ist noch nicht erschienen und wird hoffentlich nicht mehr lange auf sich warten lassen; der erstere, allgemeine Teil, enthält eine Besprechung der in der Dermo-Therapie in der neueren Zeit entdeckten und eingeführten Arzneimittel und Präparate. Was man als Arzt über die einzelnen Sachen zu wissen wünscht, findet man hier kurz und verständlich ausgeführt, nicht mehr und nicht weniger: Geschichtliches, Synthese, chemische und physikalische Eigenschaften, Anwendungsformen u. s. w. Dabei ist alles so klar, knapp und bündig geschrieben, daſs der seelige Lessing daran seine Freude gehabt haben würde. Einzelnes aus der Broschüre hervorzuheben ist nicht möglich; nur ein Thema darf nicht unerwähnt bleiben, weil es nicht bloſs besonders interessant, sondern auch obendrein ganz neu ist: Glycerinum-saponatum-Präparate. Dieselben sind eine Erfindung Hebras selbst und scheinen eine beachtenswerte Bereicherung des Arzneischatzes der Dermato-Therapie zu sein. Die Grundsubstanz der Präparate wird gebildet von einem Salbenkörper, der aus einer Mischung von 8—20 % Grundseife mit 92—80 % Glycerin besteht; dieser ist eine schwach gelblich gefärbte, transparente, mehr oder weniger elastische Masse, welche vollkommen geruchlos ist, bei Körpertemperatur schmilzt, und in kaltem und warmem Wasser löslich ist. Dieselbe ist imstande, groſse Mengen fremder Körper aufzulösen, ohne an Erstarrungsvermögen zu verlieren, und darin unlösliche pulverförmige Körper völlig suspendiert zu halten. —

Man hat nun zu unterscheiden: Salben mit saurer oder überfetteter Basis und Salben mit neutraler Basis. Als Typus der ersteren gilt das Glycerinum saponatum mit Salicylsäure (5 %). Dieses Präparat bildet nun wieder die Basis anderer komplizierterer Präparate, von denen Hebra vorläufig folgende hat anfertigen lassen: Resorcin-Salicyl-Glycerinum saponatum-Salbe, Creosot-Salicyl-Glycerinum sap., Teer-Salicyl-Glycerinum sap. Über die Wirkungen der einzelnen Präparate bei den verschiedenen Dermatonosen macht Hebra interessante Mitteilungen, aus denen wir beispielsweise erwähnen wollen, daſs das Salicyl-Creosot-Präparat bei Lupus mit groſser Heilkraft absolute Schmerzlosigkeit verbindet, bei Lepra schon nach 24 Stunden eine Wirkung ausgeübt hatte, daſs Hebra darüber erstaunt war.

Von Salben mit neutraler Basis lieſs Hebra eine gröſsere Zahl (11) anfertigen.

Dieselben bestehen aus Glycerinum saponatum und Zusatz von Zinkoxyd, Schwefel, Jodoform, Chrysarobin, Hydroxylamin, Ichthyol, Karbol. Die Mitteilungen, die Hebra über die Resultate macht, welche er therapeutisch mit den verschiedenen Präparaten erzielt hat, sind sehr wohl imstande, allseitiges Interesse zu erregen und zu Versuchen damit zu ermuntern.

Damit schliefst der erste allgemeine Teil der Broschüre. Alles freut sich schon im voraus auf den kommenden speziellen Teil. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Korrespondenz.

Wien, im Juli 1890.

Das wichtigste Ereignis in den medizinischen Kreisen Wiens seit meinem letzten Briefe (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. X. pag. 288) ist unstreitig die Gründung der **Wiener Dermatologischen Gesellschaft**, welche unter den günstigsten Auspicien Anfang dieses Jahres statt hatte. Es ist in der That merkwürdig, dafs Wien — die Stadt, in welcher die Reform und die eigentliche Begründung der modernen Dermatologie sich vollzog, in welcher Ferdinand Hebra lebte und aus allen Teilen der Welt die Wissensbedürftigen herbeiströmen machte — dafs dieser Ort zu den letzten gehören sollte, wo eine Gesellschaft zur Förderung unserer Wissenschaft gebildet wurde, und derselbe somit hinter vielen Städten der neuen und alten Welt zurückstehen sollte. Dieses Versäumnis ist jedoch jetzt nachgeholt worden, und nach der bisher schon geleisteten Arbeit zu urteilen, dürfen wir mit Bestimmtheit voraussagen, dafs diese neue Gesellschaft einer gleichen Rangstellung mit ihren älteren Schwestern nicht unwürdig sein wird, und dafs die Mitarbeiterschaft so vieler hervorragender Kliniker und Praktiker zur wesentlichen Förderung unserer Spezialität sicher erheblich beitragen wird.

Der Vorschlag zur Konstituierung einer dermatologischen Gesellschaft ging von den drei Oberärzten der grofsen dermato-syphilitischen Kliniken des Allgemeinen Krankenhauses, den Professoren Kaposi, Neumann und Lang aus. Dieselbe bezweckt, alle seltenen und interessanten Fälle zur allgemeinen Besprechung zusammenzubringen, um auf diese Weise einen weiteren Überblick über die Abgrenzung der Krankheitsformen zu gewinnen, sowie auch einzelne Fälle und allgemein wichtige Gegenstände zu besprechen. Zu letztgenanntem Zwecke sollen über bestimmte Themata regelmäfsig Diskussionen gehalten werden.

Es wurde beschlossen, die Zusammenkünfte alle 14 Tage abzuhalten und als Versammlungsort den Hörsaal der dermatologischen Klinik im Allgemeinen Krankenhause zu wählen. Zum ersten Vorsitzenden der neuen Gesellschaft wurde, wie kaum noch besonders gesagt zu werden braucht, Professor Kaposi einstimmig gewählt. Der Herr Vorsitzende erklärte aber, dafs seine Annahme dieses Ehrenamtes ihn nicht daran hindern werde, an den Debatten teilzunehmen und er wünschte, dafs alle Ämter in der Gesellschaft der Reihe nach von verschiedenen Mitgliedern verwaltet werden sollten. Ich kann aber die Bemerkung nicht unterdrücken, dafs Professor Kaposi, abgesehen von der bevorzugten Stellung, die er in der dermatologischen Welt einnimmt, sich für sein Amt namentlich dadurch als besonders geeignet erwiesen hat, dafs er mit bewundernswertem Takte die Versammlungen schon durch Diskussionen, in denen persönliche Momente nicht immer in angenehmer Weise zum Durchbruch kommen, in glücklichster Weise hindurchgeführt hat.

Man hat beschlossen, vorläufig keine auswärtigen, korrespondierenden oder Ehrenmitglieder zu ernennen, ehe die Gesellschaft Resultate erzielt habe, durch welche sie andern ähnlichen Vereinen wenigstens ebenbürtig sein würde, so dafs die dann erwählten Mitglieder die erteilte Auszeichnung zu schätzen wissen würden.

Dafs an interessantem Material zu den Besprechungen kein Mangel herrschen wird haben die wenigen bisher abgehaltenen Versammlungen sattsam bewiesen, und der lobenswerte Eifer, mit welchem die Mitglieder seltene und interessante Fälle aus ihrer Privat- und Hospitalspraxis herbeibrachten, kann als ein gutes Omen gelten. Es ist kaum noch nötig zu erwähnen, dafs sich an diese Demonstrationen stets eine anregende und lehrreiche Diskussion anschlofs. Namentlich instruktiv war die Debatte im Anschlufs an die Vorstellung zweier Fälle durch Dr. H. von Hebra (welchem überhaupt die Gesellschaft bisher eine Reihe höchst interessanter Demonstrationen verdankt), bei der die Frage von der Stellung der Pityriasis rubra pilaris oder vielmehr deren Differentialdiagnose von Lichen ruber diskutiert wurde. Diejenigen Mitglieder, welche voriges Jahr den Pariser Kongrefs besucht hatten, zeigten ein besonderes Interesse für die Diskussion, welche vorläufig nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann, auf welche ich aber gewifs noch Gelegenheit haben werde, zurückzukommen. In der That sind es gerade die Besprechungen derartiger Fragen innerhalb kleiner Kreise von Spezialisten, von denen wir hoffen dürfen, schliefslich eine Klärung zweifelhafter Momente zu erhalten. In meinem nächsten Briefe hoffe ich das reichliche Material, das bei diesen Sitzungen geboten werden wird, schon benutzen zu können. Dr. E. Schiff, Docent der Universität Wien.

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomie der Haut.

Der feinere Bau der normalen Lederhaut, von L. Heitzmann. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) H. härtete seine Präparate in Chromsäure und bewahrte sie in chemisch reinem Glycerin auf, nicht in Balsam. Es eignet sich am besten die Haut von Kindern und jüngeren Individuen, weil bei älteren Personen der Schwund des Protoplasmas proportional dem Alter des Individuums ist.

Bei dem Bindegewebe der Cutis unterscheidet H. vier Unterabteilungen, er sagt nämlich: „das interstitielle Bindegewebe sendet schmälere Fortsätze aus, welche wieder eine gröfsere Summe von Bindegewebsbündeln umhüllen. Von den Interstitien zweiter Ordnung ziehen zwischen die Bündel viel schmälere Fortsätze ein, welche nur wenig fibrilläres Bindegewebe führen, sondern fast ganz und gar aus Protoplasma bestehen, an den Knotenpunkten des Netzwerkes in der Regel Kerne enthaltend. Alle Fortsätze zweiter und dritter Ordnung sind . . . durch die Anwesenheit dunkler Pigmentkörnchen gekennzeichnet. Als Interstitien vierter Ordnung endlich können wir jene bezeichnen, welche ein gröfseres Bündel in eine Anzahl kleinerer zerteilen, und zwar gewöhnlich nur in unvollkommener Weise; dies entspricht der Kittsubstanz Tomsas."

Die Bindegewebsbündel durchkreuzen sich in schiefen Richtungen. Zu beachten ist auch, dafs infolge der Chromsäure-Behandlung der Verlauf der Bündel ein wellenförmiger wird und sich daher im Schnitte dasselbe Bündel in schiefer, querer oder Längsrichtung zeigen kann.

Der übrige Teil der Arbeit läfst sich wohl am besten durch Wiedergabe der Schlufsbemerkungen skizzieren:

1. Das Cutisgewebe enthält individuelle Zellen im Sinne der Zellentheoretiker ebensowenig wie irgend eine andere Varietät des Bindegewebes. Alles Protoplasma liegt zwischen den Bindegewebsbündeln und ist ebenso kontinuierlich wie im myxomatösen Gewebe.

2. Das Protoplasma ist nicht nur mittelst gröberer, flügelförmiger Fortsätze ein kontinuierliches, sondern auch durch ein zartes Netz von lebender Materie, welches die Grundsubstanz der Bindegewebsbündel durchsetzt.

3. Protoplasma und Grundsubstanz sind von gleicher Struktur und kann eines in das andere jederzeit übergehen. Protoplasma wird in fortschreitender physiologischer Entwickelung zu Grundsubstanz und letztere wieder bei seniler Atrophie und insbesondere bei pathologischen Vorgängen zu Protoplasma.

4. In der Cutis leben nicht nur die früher als „Bindegewebszellen" bezeichneten Protoplasmabildungen, sondern es lebt auch die Grundsubstanz der Bindegewebsbündel. Nach der Verflüssigung der Grundsubstanz, der starren Grundsubstanz, wird deren lebende Materie frei und proliferations- und bildungsfähig, ebenso wie das Protoplasma selbst. *P. Taenzer-Leipzig.*

---

f. Allgemeine Therapie.

Über Aristol, von Dr. Seifert, Würzburg. (Sep.-Abdruck aus der *Wiener klin. Wochenschr.*) Bei den Versuchen, die Seifert auf der Syphilis-Klinik in Würzburg mit dem Aristol anstellte, kam es ihm nicht nur darauf an, einen Vergleich mit den Ergebnissen Eichhoffs zu bekommen, sondern auch festzustellen, ob bei externer und interner Anwendung eine Abspaltung von Jod stattfände.

Das Präparat bewährte sich besonders bei (6) Unterschenkelgeschwüren, sehr wenig bei (4) Lupus exulcerans, sehr gut bei einem ausgedehnten Ekzema intertrigo der Oberschenkel, gar nicht bei einem Ekzema seborrhoicum des Gesichtes, weniger gut als Chrysarobin bei (1) Psoriasis, zufriedenstellend bei (6) breiten nässenden Papeln an den Genitalien, ausgezeichnet bei (1) Nasensyphilis.

Die weiteren Untersuchungen Seiferts, betreffend die eventuelle Abspaltung und Resorption von Jod sowohl bei externer als bei interner Anwendung, hatten ein negatives Resultat. Jod konnte niemals im Urin nachgewiesen werden, selbst nachdem Seifert ziemlich couragierte Versuche mit innerlicher Verabreichung von Aristol gemacht hatte. Ob vielleicht Jod durch die faeces ausgeschieden wird, darüber sind Seiferts Untersuchungen noch nicht abgeschlossen, und wird einer seiner Praktikanten nächstens berichten. So viel steht fest, dafs Aristol nicht, wie das Jodol, als Ersatz des Jodkali verwertet werden kann. *Dreckmann-Recklinghausen.*

II. System der Hautkrankheiten.

A. Cirkulationsstörungen.

Zur Kenntnis der subkutanen rheumatischen Knoten, von L. Bar (*Thèse de Paris* 1890). Dies sind leicht zu erkennende kleine Knötchen, welche im Unter-

hautzellgewebe sitzen, und deren Haupteigenschaft darin besteht, daſs sie nur auf kurze Zeit bestehen.

Man kann sie bei Personen jeden Alters beobachten, am meisten jedoch bei jungen Leuten.

Diese Knoten scheinen eine Äuſserung der rheumatischen Diathese zu sein und fallen gewöhnlich mit einem Ergriffensein der Gelenke zusammen.

Der Verf. resumiert zum Schluſs die verschiedenen Hypothesen, welche bezüglich der Beschaffenheit der Knoten aufgestellt wurden; er selbst schlieſst sich im groſsen und ganzen der Ansicht Nepveus an, der die Knoten auf Embolie zurückführt.

Die Prognose wird ernst, wenn die Lokalisation der Knoten mit denen des Rheumatismus zusammenfällt.

Beitrag zum Studium der Purpura alcoholica, von Poirrier. (*Thèse de Paris* 1890.) Die Purpura alcoholica ist äuſserst hartnäckig, von chronischer Entwickelung und von einer ärgerlichen Neigung zu Recidiven.

Manchmal begrenzt sie sich an den Extremitäten, mit Vorliebe jedoch befällt sie Gesicht, Hals und Rumpf.

Die beobachteten Formen gehen von der einfachen Kongestion bis zur hämorrhagischen Infiltration. Die Petechien vereinigen sich oft zu einem Erythem, welches zuletzt in Purpura übergeht.

Die Purpura alcoholica gehört zur Klasse der toxischen Purpura. Ätiologisch kommen vielfache Veränderungen in Betracht, welche in dem Blute, der Gefäſswand und den nervösen Centren beruhen, deren vasomotorische Funktionen gestört sind. In einigen seltenen Fällen liegt der pathogenetische Faktor in einer Neuritis; alsdann sind begleitende, sensitive, motorische und trophische Störungen wahrzunehmen.

Über die Folliculitis parasitaria tonsurans des Haupthaares, von H. Nimier. (*Gazette hebd. de med. et de chirurg.* 20./1890.) An mehreren Leuten eines Pariser Regimentes beobachtete N. eine kleine Epidemie einer Affektion, welche schon von Lailler unter dem Namen „Pelade pseudotondante“ und von Besnier unter dem der „Pelade à cheveux fragiles“ vorzüglich beschrieben wurde.

Indem sich N. auf die Untersuchungen von Vaillard und Vincent stützt, welche in den fraglichen Fällen die Gegenwart von beträchtlichen intrafolliculären Diplokokkenhaufen, denen sich bisweilen der Staphylococcus aureus und Streptococcus pyogenes beigesellte, nachgewiesen haben, glaubt er diese Fälle von der Klasse der Peladen trennen und sie mit der Bezeichnung Folliculite microbienne tonsurante du cuir chevelu belegen zu müssen.

Die runden oder ovalen alopecischen Stellen messen 2—4 cm im Durchmesser und sitzen ohne Symmetrie gewöhnlich auf dem Scheitel. Soweit die kranke Stelle reicht, entsprechen den Haarfollikeln schwarze Stümpfe, oder aber die betr. Fläche ist besetzt mit sehr kurzen Haaren, welche der Fläche das Aussehen einer Tonsur verleihen. Diese Haare sind abgebrochen und lassen sich leicht herausziehen. Anfang und Ende bieten einige interessante Besonderheiten. Die Entwickelung geht rapid vorwärts, die Zunahme der Affektion übersteigt nicht 8—10 Tage. Die Heilung geht ziemlich schnell von statten; sie wird im groſsen und ganzen in 2—4 Monaten eine vollständige sein. Das Wiederwachsen der Haare ist gewöhnlich dadurch ausgezeichnet, daſs sich von Anfang an gleich wieder normale und nicht erst stoſsweise Lanugohaare bilden, wie es bei der Pelade zu geschehen pflegt. Von 14 Erkrankten desselben Regiments waren 5 im Arrest gewesen, und so könnte die gemeinsame Arrestbekleidung als das Vehikel des Contagiums angesehen werden.

N. verhält sich sehr reserviert gegenüber der Identifikation, welche Vaillard und Vincent zwischen dieser Folliculitis und der „Folliculite destructive des regions velues" aufgestellt haben, welche letztere von Quinquaud beschrieben wurde.

Dieselbe stellt in Wirklichkeit multiple und zerstreute Herde dar und ist von einer ziemlich ausgesprochenen Entzündung begleitet, welche bisweilen sogar zur Eiterung und definitiven Alopecie übergeht. Nun, etwas Derartiges finden wir bei der von Nimier beschriebenen Folliculitis tonsurans nicht.

Betrachtungen über die spontanen Ekchymosen und über den Geisteszustand der Hysterischen, von G. de la Tourette. (*Iconographie de la Salpêtrière.* 1890. No. 2.) Der Verf. hat einen Fall plötzlicher spontaner Ekchymosen bei einer Hysterischen beobachtet gelegentlich einer nicht konvulsivischen Thränenkrise. Mehrere analoge Fälle sind schon beschrieben. Zuweilen handelt es sich nicht allein um Ekchymosen, sondern sogar um ganz beträchtliche Hämorrhagie; in dem einen Falle wurde dieselbe ganz nach Belieben hervorgerufen.

Die Hysterischen, bei denen man diese Erscheinung beobachtete, sind fast alle hereditär belastet und bieten Anhaltspunkte für geistige Umnachtung dar, hauptsächlich aber eine äufserst ausgesprochene Suggestibilität, welche durch äufserliche wie innerliche Veranlassung hervorgerufen wird (Suggestion und Autosuggestion).

E. Jeanselme-Paris.

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

C. Neuritische Entzündungen.

Dermatitis herpetiformis. Bericht über drei Fälle dieser Affektion, von Henry W. Stelwagon. (*Journ. of Cutan. and genito-urinary diseases.* Februar 1890.) Die Krankheit betraf zwei Männer und ein Dienstmädchen im Alter von je 32, 34 und 45 Jahren. Die Fälle zeigten viel Ähnlichkeit mit einander und waren hauptsächlich durch grofse Chronicität und Unempfänglichkeit gegen jede Behandlung, durch die wechselvolle Art des meistenteils herpetiformen Ausschlags, den intensiven Pruritus, durch das Fehlen von Geschwürs- und Narbenbildung, sowie von Atrophie charakterisiert. Ätiologische Momente bestimmter Art waren nicht festzustellen. In therapeutischer Beziehung schien Arsenik am meisten Nutzen zu gewähren. Wegen sonstiger Details der kurz aber anschaulich geschilderten Fälle mufs aufs Original verwiesen werden.

Philippi-Nieheim.

I. Allgemeine Infektionskrankheiten.

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Bericht über die histologische Untersuchung eines Hautstücks aus Keanus Vorderarm, von D. W. Montgomery. (*Occid. Med. Times.* Juni 1890.) An dem bekannten, von Arning mit Lepravirus geimpften Kanaka hat Dr. Swift (cf. *Monatsh. f. pr. Derm.* X. 1890. pag. 558) ein Stück Haut von der Inokulationsstelle auf dem Vorderarme excidiert und, in Alkohol eingelegt, dem Verf. zur mikroskopischen Untersuchung eingeschickt. Es erwies sich, dafs dieses Hautstück in allen Schichten von Lepra-

bacillen, meistenteils sogar sehr reichlich, durchsetzt war. Dieselben fanden sich sowohl im Gewebe verstreut, als auch in Haufen in sogenannten „Leprazellen“ zusammenstehend. Auffallend ist es, dafs, wie auch an dem untersuchten Stück konstatiert wurde, das Vorhandensein selbst zahlreicher Leprabacillen in der Haut nicht notwendig zu erheblichen, nutritiven Störungen der Gewebe führt. Granulationsgewebe fand sich nur an einer einzigen Stelle und in geringer Ausdehnung. Die Präparate waren mit Karbolfuchsin nach Ziehl, Neelsen und nach Gram, sowie mit Alaunkarmin gefärbt worden.

β. Tuberkulose.

Bemerkungen über Hauttuberkulose, von Joseph Zeisler. (*North American Practitioner.* März 1889.) Ein vor der Chicago Medical Society gehaltener Vortrag, in welchem Verf. die 4 Arten der Hauttuberkulose: Tuberculosis cutis vera, Scrophuloderma, Lupus vulgaris und Inokulationstuberkulose nach ihren klinischen und anatomischen Merkmalen bespricht. Die erste Form, Tuberculosis cutis vera, kommt sehr selten vor, entspringt stets an der Übergangsstelle von Haut in Schleimhaut als schmerzlose, langsam wachsende Geschwüre, welche sehr reichlich Bacillen enthalten. Das Scrophuloderma ist viel häufiger und entsteht durch Auflösung tuberkulöser Drüsen unter der Haut oder durch Entwickelung von primären Granulationen unter derselben. Den Lichen Scrophulosorum erkennt Verf. (mit Neisser) nicht an, sondern nur das Scrophuloderma ulcerosum. Von Lupus vulgaris an Nase und Unterlippe wurde ein Fall vorgestellt, und die Differentialdiagnose von später Syphilis hereditaria besprochen; dabei erwähnt Verf. die Einwürfe, welche gegen die Auffassung des Lupus als Tuberkulose gemacht worden sind, nämlich, dafs es noch nicht gelungen ist, Lupus auf Tieren hervorzubringen, dafs eigentümlicherweise L. in einigen Gegenden (z. B. Amerika) sehr selten ist, trotzdem dort Phthise ganz gewöhnlich vorkommt, und dafs die Tuberkelbacillen in Lupusknötchen nur sehr spärlich zu finden sind. Von der Inokulationstuberkulose bespricht Verf. die Verruca necrogenica, die Tuberculosis verrucosa cutis, die Tuberculosis papillomatosa cutis (Morrow) und die durch Infektion bewirkten tuberkulösen Ulcerationen der Haut. Zahlreiche Referenzen aus der englischen, deutschen und französischen Litteratur sind beigefügt.

Eine vorbereitende Behandlung des Lupus vulgaris, von H. G. Brooke. (*Brit. Journ. of Derm.* Mai 1890.) Bei Patienten mit Lupus, welche momentan aus irgend einem Grunde nicht operativ behandelt werden können, empfiehlt Verf. seine seit 3 Jahren erprobte Behandlung mit folgender Salbe:

℞ *Hydrargyri oleini* 30,0
Acid. salicylic. 0,7—1,0
Ichthyoli 0,5.
Ol. lavandul. q. s.

Dieselbe wird am besten morgens und abends zehn und zwanzig Minuten, eventuell blofs abends eine halbe Stunde lang eingerieben und dann liegen gelassen. Die Haut darf dabei nicht verletzt sein, weil sonst die Salbe zu irritierend wirkt. In diesem Falle mufs sie noch mit reinem Fett versetzt werden. Das Ichthyol wirkt dabei sehr kräftig reizmildernd. Sollte dennoch die Haut rissig werden, so gebraucht man eine Zeit lang Zink-Karbolsalbe (Ungt. zinc. benzoic. 30,0 Acid. carbol. 1,0). Bei Anwendung der Salbe im Gesicht empfiehlt sich zur Vermeidung der Fettigkeit noch ein Überpudern von Stärkemehl oder ein Zusatz desselben resp. von Zinkoxyd zur Salbe. Auch kann man, um die Salbe noch weniger sichtbar zu machen, etwas Bolus Armena zusetzen.

Wenn auch diese Behandlungsweise freilich nicht in jedem Falle ohne weitere therapeutischen Mittel zum Ziele führt, so bietet sie jedenfalls folgende drei Vorteile dar:

1. Sie schränkt das notwendige Operationsgebiet erheblich ein. 2. Sie ist schmerzlos. 3. Sie bedingt keine Unterbrechung der Arbeit oder gewohnter Beschäftigungen.

Philippi-Nieheim.

γ. Syphilis.

Ein Fall von gleichzeitigem Vorhandensein primärer, sekundärer und tertiärer Erscheinung von Syphilis, von Dr. M. W. Kasansky. (*Wratsch.* 1890. No. 24.) Verf. schildert eine Krankengeschichte, die sich innerhalb 1½ Jahren abspielte. Patient, ein kräftiger Schmied, der aber stark dem Bacchus huldigte, infizierte sich im April 1888 mit sechs Initialsklerosen. Roseola, die Jucken verursachte, Schleimhautpapeln.

19./VI. abermals Roseola, juckend lentikuläres, papulöses Syphilid des Hodensackes.

3./VIII. Schleimhautpapeln am harten Gaumen. Symmetrische Periostitiden der Vorderarmknochen. Heftig juckende, grofsfleckige Roseola an den verschiedensten Orten.

8./X. Roseola, bis flachhandgrofse Flecken. Schleimhautpapeln.

11./XI. Hautgumma am rechten Unterschenkel. Schleimhautpapeln der Oberlippe.

18./II. 1889. Gummen der Fascien der Oberarme. Hautgumma am linken Oberarm.

10./VII. Kleine gummöse Ulcerationen am Unterschenkel.

16./VIII. Grofsfleckige Roseola, wiederum juckend, auf Bauch, Rücken und Seitenflächen des Thorax. Ein 10 cm langer, 9 cm breiter Pigmentfleck von dunkler Farbe, bedeckt mit linsen- bis erbsengrofsen Papeln.

Schleimhautpapeln am Gaumenbogen. Reste der Initialsklerosen. Gummöse Schwellungen an den Oberarmen und ossificierende Periostitiden an den Vorderarmknochen. Gummöse Ulcera der Unterschenkel.

13./X. Erythema syphiliticum auf dem Rücken, verbunden mit vereinzelten Roseolaflecken. Das Erythem nimmt einen grofsen Teil des Rückens ein. Auf den Oberschenkeln ein lenticuläres papulöses Syphilid. Die übrigen Erscheinungen vom 16./VIII. bestanden noch.

Den dunklen Fleck auf dem Bauche hält Verf. für ein Pigmentsyphilid.

Für den eigentümlichen Verlauf der Krankheit spricht Verf. teils den Abusus spirituosorum, welcher der Erkrankung vorangegangen war, an, teils das äufserst nachlässige Verhalten des Kranken, der nur in unregelmäfsigen Zwischenräumen erschien; vielleicht sei auch die grofse Anzahl der Sklerosen als Grund anzusehen.

Schliefslich stützt Verf. seine Diagnose der einzelnen Symptome teils per exclusionem, teils ex juvantibus. *Kroug-Hungerburg-Narwa.*

Smirnoff in Helsingfors hat eine kurze Darstellung der **Syphilistherapie** mittels Injektion von unlöslichen Quecksilbersalzen ausgegeben. Die Schrift erscheint hauptsächlich als Verteidigungs- und Streitschrift gegen die in Universitätskreisen von Helsingfors während der letzten Jahre besonders durch Runeberg und Pippingsköld laut gewordene Opposition; Verf. verwahrt sich gegen die Angriffe und gibt eine Übersicht der Frage bis zur neuesten Zeit mit besonderer Rücksicht auf seine persönliche Stellung in derselben, welche den Lesern dieser *Monatshefte* durch die

hier referierten früheren Arbeiten bekannt sein dürfte. Verf. betont in seiner Apologie, dafs jedes Verfahren seine Unannehmlichkeiten hat, dafs aber die Gefahren bei Kalomelinjektionen durch Vorsicht und allgemeines Judicium sehr herabgemindert werden können. Besonders wird natürlich Vorsicht geboten sein in den Fällen, wo die Kranken geschwächte und schlecht ernährte Individuen sind.

Ein weiterer Beweis der Vorzüge der Kalomelbehandlung findet Verf. in der Abnahme der Zahl der syphilitischen Ansteckungen in Helsingfors, welche Abnahme mit Einführung der Kalomelinjektionen als allgemeine Behandlungsmethode daselbst zusammenfällt. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Zur Kasuistik des Kapitels: Syphilis und Reizung, von A. Plumert. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Ein 26jähriger Seeoffizier infizierte sich 1886 und machte die gewöhnliche Behandlungskur durch. Ende 1888 wurde er von einem nässenden Ekzem befallen, das den Gebieten der N. N. intercostal. I. II. III. ramus anterior, N. cutan. brachii int., N. N. cutan. lateral. pectoris anteriores, N. N. cutan. pectoris anteriores vollkommen entsprach, so dafs P. anfangs es für einen Herpes zoster halten zu müssen glaubte. Allmählich wurden in diesen juckenden Ekzemflecken Erscheinungen eines zweiten Exanthems wahrgenommen, welche nach Farbe, Form und weiterem Verhalten sich als spezifische Papeln dokumentierten. Dieselben haben sich sämtlich auf dem durch das Ekzem in einen hyperämischen Reizzustand versetzten Boden etabliert und wichen leicht bei kombinierter Behandlung.

P. Taenzer-Leipzig.

II. Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Trichomycosis nodosa; berichtigende Bemerkung von R. Glasgow Patteson (*Brit. Journ. of Dermat.* April 1890.) Verf. wendet sich gegen eine (ihm verspätet zu Händen gekommene) von Roberts verfafste Kritik seiner (P.s) Arbeit über diesen Gegenstand. Der Kritiker, welcher behauptet hatte, der parasitäre Ursprung der Trichomycosis nodosa sei durchaus nicht sicher erwiesen, habe diese von dem Engländer Paxton entdeckte, und von Erasmus Wilson Lepothrix benannte Affektion mit der von der Wiener Schule zuerst beschriebenen Trichorrhexis nodosa, die allerdings nicht parasitären Ursprungs ist, verwechselt. Verf. hat in zehn verschiedenen, von ihm untersuchten Fällen stets übereinstimmend Bacillen gefunden, und auch die von ihm erfolgreich angewandte Therapie (Abrasieren der Haare, Applikation einer Sublimatlösung nebst einer Resorcin-Zinkoxyd-Lanolinsalbe) stimmt mit der Theorie des parasitären Ursprungs des Leidens überein. Auch andere namhafte Forscher haben bei demselben Mikroorganismen gefunden. Es ist wegen der leicht entstehenden Verwechselungen zu bedauern, dafs ein ähnlicher Name, Trichomycosis nodularis, vor nicht langer Zeit — dem Autor (P.) unbekannter Weise — von Juhel-Renoy der sonst als Piédra bezeichneten Haaraffektion beigelegt wurde. Wir haben somit 4 ähnliche, aber doch klar von einander unterscheidbare Haarkrankheiten, welche alle mehr oder weniger ähnliche Namen haben: 1. Trichomycosis nodularis (Juhel-Renoy) oder Piédra; 2. Trichomycosis nodosa (Patteson) oder Lepothrix (Wilson); ferner (als nicht parasitäre Affektionen) 3. Trichorrhexis nodosa (Kaposi) oder Trichoclasis (Wilson)

und 4. „Nodose Hair“ (W. G. Smith) oder Monilethrix (Crocker). Verf. gibt eine ausführliche Übersicht der unterscheidenden Merkmale dieser vier Affektionen in tabellarischer Form. *Philippi-Nicheim.*

C. Boeck hat am 11. Septbr. 1889 in Gesellschaft der Ärzte zu Christiania einen Fall von **Psorospermosis** vorgestellt. Der Kranke, ein 47jähriger Mann, hat die Krankheit seit dem 16. Jahre gehabt. Mehr oder weniger über den ganzen Körper verbreitet hat er einen Ausschlag, aus miliaren- bis hanfkorngrofsen Efflorescenzen bestehend, die mit Epidermismassen bedeckt sind. Der Fall war ein ganz typisches Exemplar von Dariers Psorospermose folliculaire végetante, wie diese Krankheit den Mitgliedern des dermatologischen Kongresses zu Paris demonstriert wurde. — Mikroskopische Präparate wurden vorgelegt, mit zahlreichen encystierten Coccidien in der Epidermis, besonders im Stratum granulosum. Wo der Prozefs intensiv ist, wird die Epidermis von dem Papillarkörper abgelöst in der Weise, dafs nur ganz einzelne Zellenreihen diesen noch decken. Die Papillen selbt verlängern und verästeln sich sehr bedeutend.

In einer späteren Sitzung (20. Novbr. 1889) hat Boeck weitere zwei Kranke mit derselben Krankheit vorgestellt, beide Söhne des früher vorgestellten Mannes, ein Beweis für die Kontagiosität der Krankheit und für die Coccidien als Ursache derselben. Die Prädilektionsstellen der Krankheit waren in diesen Fällen ganz dieselben wie für den früher vorgestellten Fall; es hatte sich gezeigt, dafs die Krankheit, wenn sie nicht zu inveteriert war, sehr zugänglich für Behandlung und dafs es somit wichtig war, diese zeitig zu instituieren. Hier war in dem einen Falle mit Erfolg Pyrogallussäure in Salbenform angewandt worden. Der andere Fall war noch nicht behandelt. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

b. *der Cutis.*

Ehlers (*Hospitalstidende* 1890) veröffentlicht zwei Fälle von **Ekthyma gangraenosum**, (Ecthyma térébrant des enfants, Maladie pyocyanique), die an zwei Kindern, Geschwistern, beobachtet wurden. Sie traten als eine akute, febrile Krankheit auf, die mit schweren, typhösen Symptomen einherging und in einem Falle mit dem Tode endigte. In beiden Fällen zeigte sich ungefähr um den 11. Tag ein erst als Roseola, später als Ekthyma auftretendes Exanthem, welches in der Mitte Nekrose und Ulceration, an der Peripherie eine entzündliche und hämorrhagische Zone darstellte.

Durch Reagensglaskulturen, aus den Ekthymapusteln und dem Herzblute des gestorbenen Kindes gewonnen, wurden Reinkulturen von Bacillus pyocyaneus dargestellt, und Verf. meint, durch Charbins Experimente über Maladie pyocyanique bei Kaninchen angeregt, auch hier eine bakterielle Invasion und eine entsprechende Krankheit beim Menschen vor sich zu haben. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

E. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über die sogenannte Pagetsche Krankheit, von L. Wickham. (*Thèse de Paris* 1890.) Die Pagetsche Krankheit, welche vor 40 Jahren noch selten war, ist

eine Hautaffektion, die zum Lieblingssitz sich den Busen und die Brustdrüse ausgewählt hat, doch ist sie auch auf dem Penis und Scrotum beobachtet worden. Sie tritt fast immer einseitig auf und beginnt in der Gegend der Brustwarze mit hornigen Ansammlungen, unter denen sich eine lebhaft rote Fläche verbirgt. Später wird die Brustwarze eingezogen, fissuriert und geht in Eiterung über. In diesem ersten Stadium bietet die Krankheit 2 Hauptsymptome dar. 1. Ist sie sehr oberflächlich und fühlt sich mit dem Finger wie eine leichte, papierartige Verhärtung an (Induration papyracée), 2. Ist sie durch einen sehr scharfen Rand, bisweilen sogar durch einen Wulst begrenzt, wodurch sie sich vom chronischen Ekzem unterscheidet.

Durch langsames aber kontinuierliches Weitergreifen erreicht die Krankheit auf dem Busen eine mehr oder weniger grofse Ausdehnung. Alsdann entwickelt sich auf einem beliebigen Punkte in der Warzengegend oder in der Drüse selbst ein harter, epitheliomatöser Kern, welcher mit der allmählichen Infektion der Drüse und schliefslich dem Tode endigen kann.

Ohne uns weiter über die klinische Geschichte und die Diagnose verbreiten zu wollen, welche beide mit allen darauf bezüglichen Entwickelungen in der vorliegenden Arbeit beschrieben sind, gehen wir sofort zum wirklich originellen Teile dieser vorzüglichen Abhandlung über.

Bis auf die letzte Zeit war die Natur der Pagetschen Krankheit noch in vollkommenes Dunkel gehüllt. Erst Darier brachte Aufklärung in diese Frage.

In einer Mitteilung an die „Société de Biologie de Paris“ vom 13. April 1889, welche betitelt war: „Über eine neue Form von Psorospermose oder über die Pagetsche Krankheit“, bewies Darier die parasitäre Natur dieser Affektion durch zahlreiche mikroskopische Präparate.

Wickham setzte diese Studien weiter fort und unterschied 3 Phasen in diesem Prozefs.

1. Stadium des schnellen Beginnens und Verbreitens. Das Stratum mucosum weist tief gehende Veränderungen auf; es ist abnorm verbreitert und schickt sehr lange, interpapilläre Zapfen in das Derma. Daselbst beobachtet man kleine, verschieden gestaltete Massen von lebhafter Röte bei Präparaten, die mit Karmin gefärbt sind. Eben diese Massen sind die Psorospermien, und zwar in den verschiedenen Stadien ihrer Entwickelung. Die Ausführungsgänge der Drüsen und die Acini (!) der Knäuel- und Talgdrüsen sind dilatiert, und auch dort findet man Psorospermien zwischen den Zellen, welche dieselben ausfüllen.

2. Stadium der Ulceration. Die übermäfsig langen, interpapillären Zapfen enthalten polymorphe Zellen, welche an bestimmten Punkten durch ihre Gruppierung den Anschein der epitheliomatösen Umwandlung haben. Das Epithel kann grofse, epitheliale Sprossen in das Derma senden; die Ausführungsgänge wie die Drüsen selbst sind vollkommen mit Zellen und Psorospermien vollgestopft.

3. Stadium der krebsigen Entartung. Die Neubildung kann beginnen entweder im Epithel oder in den Drüsenausführungsgängen oder in den Drüsensäcken selbst. Sie nimmt mannigfache Formen an, z. B. die eines lobulären oder alveolären Epithelioms aus Pflasterepithelien. Das Wichtigste ist, dafs die Parasiten sich in allen Epithelsprossen wiederfinden. An gewissen Punkten zeigen die Epidermiszellen Neigung, sich zu gruppieren, indem sie um die Coccidien herum platt werden, welche manchmal sehr deutlich im Centrum der Epidermiskugeln zu sitzen scheinen.

Um die Diagnose am Lebenden zu stellen, soll man nach Darier folgendermafsen verfahren. Nachdem man die Oberfläche der kranken Stelle gereinigt, kratzt man sehr leicht einen Punkt derselben, zerzupft das abgekratzte und untersucht es

direkt in einem Tropfen Wassers. Man erhält sehr deutliche Resultate, wenn man das abgekratzte Material mit einer Jod-Jodkaliumlösung nach Gram behandelt, vorher jedoch mufs man die Schuppen je nach ihrer Dicke mehrere Stunden lang in 10 %ige Ammoniaklösung legen. Noch besser sichtbar werden die Teile der Parasiten „in solchen Schuppen, welche 2 Tage lang in 2 %iger ammoniakalischer Bichromatlösung maceriert und dann ausgewaschen, und event. mit Hämatoxylin nachgefärbt worden sind" (Darier).

Im ersten Stadium ihrer Entwickelung bestehen die Psorospermien in unregelmäfsigen Protoplasmamassen oder in Kernen, deren Sitz zuweilen in dem Epidermiszellkörper selbst nachgewiesen werden kann. Schon in diesem Stadium kann man die Parasiten von den Malpighischen Zellen durch das Fehlen der Stacheln unterscheiden. Später umgeben sich die Psorospermien mit einer zuweilen dicken und glänzenden Membran, werden rund, enthalten oft mehrere Kerne und treiben die sie umgebenden Zellen auseinander. Diese mit Psorospermien angefüllten Cysten können ein geradezu kolossales Volum annehmen und ergiefsen sich teils in das Gewebe, teils nach der ulcerierten Oberfläche und bilden so neue Wucherungsherde.

Wickham, welcher später als Darier Studien gemacht hat, stützt sich auf die konstante Anwesenheit von Coccidien in allen Phasen von Pagets Krankheit und auf das Fehlen derselben bei anderen Krankheiten, besonders beim Ekzem und hält diese Parasiten trotz der negativen Inokulationsversuche für die wahren Träger der Krankheit und des dieselbe beschliefsenden Epithelioms.

Aus diesen pathogenetischen Kenntnissen ergibt sich die praktisch sehr wichtige Notwendigkeit, dafs die Pagetsche Krankheit in den beiden ersten Stadien nicht mehr durch die radikale Exstirpation, sondern mit antiparasitären Mitteln angegriffen werden mufs. Darier hat mit dieser Methode schon einen sehr ermutigenden Erfolg zu verzeichnen. Er ätzt nämlich mit Chlorzinklösung (1 : 2), und appliziert dann ein „Emplastrum de Vigo" oder eine Jodoformsalbe (1 : 10).

E. Jeanselme-Paris.

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

III. Pigmenterkrankungen.

Ein Fall von intensiver progressiver Pigmentierung nach Ekzema, von Dr. Britton. (*Brit. Journ. of Derm.* Juli 1890.) Ein 57jähriger, verheirateter Schäfer acquirierte ein anfangs circumscriptes Ekzem des linken Unterschenkels. Dasselbe breitete sich im Laufe der nächsten 8 Wochen von der Kniekehle bis zum Halse aus, und an den Händen, Fufssohlen, Beinen und dem Halse trat kurz darauf eine braune bis geradezu schwarze Pigmentierung auf. Dazwischen reichliche Entwickelung von furunkulösen Pusteln. Das Ekzem war durch Rötung, Krustenbildung und heftiges Jucken charakterisiert. Nach einem halben Jahr war das Abdomen, die Brust, der Rücken, das Gesicht, die Arme wie bei Morbus Addisonii gleichmäfsig gebräunt; Hals und Beine waren nebenbei mit schwarzen Schuppen bedeckt. Unterm Mikroskop liefsen die Epidermisschuppen Pigmentnester oder vielmehr infiltrierte Zellen erkennen. Bei dreimonatlicher Bäderbehandlung besserte sich die braune Färbung ein wenig.

Pigmentierungen bei Morbus Basedowii, von R. L. Macdonnel. (*New York Med. Journ.* Juni 28. 1890.) Die 21jährige Patientin hatte seit mehreren Jahren

Herzklopfen bei allen Anstrengungen gehabt, und seit 6 Monaten war Struma aufgetreten. Seit derselben Zeit waren auf den oberen und unteren Augenlidern bei sonst blondem Teint ausgedehnte Pigmentierungen aufgetreten. Dieselben zeigten keine Neigung zum Weiterwachsen. Ähnliches ist auch schon von andern Forschern beobachtet worden. *Philippi-Nieheim.*

F. Regressive Ernährungsstörungen.

II. Specifische.

Gade hat (*Norsk Magazin for Laegevidenkab* 1890. No. 6) einen Fall von **Sklerodermie** beschrieben, der besonders dadurch interessiert, dafs die Hautsensibilität und elektrische Erregbarkeit der erkrankten Partieen genau untersucht worden sind. Die Druckempfindung ist nicht herabgesetzt, vielleicht etwas inegal, der Temperatursinn dagegen an den erkrankten Stellen bedeutend vermindert; dasselbe gilt für die elektrische Erregbarkeit der Haut, mit zwei Elektroden von 25 m² durch die Substitutionsmethode gemessen. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Über Onychomycosis favosa, von J. Fabry. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Ein z. Z. 41-Jähriger hat vom 6.—22. Jahre an Favus des Kopfes gelitten, welcher schliefslich spontan heilte. Die Nagelerkrankung der Hände und Füfse besteht seit der Schulzeit, ist aber nicht beachtet worden. Erkrankt sind der Daumen der linken, Zeigefinger der rechten Hand, die Mittelzehe des linken, und die mittlere, vierte und fünfte Zehe des rechten Fufses. Die Affektion besteht darin, dafs die Nagelplatte weit absteht; zwischen Nagelplatte und Nagelbett finden sich dicke Anhäufungen bröcklicher Massen. Die Nagelplatte ist grünlich verfärbt, spröde und diffus getrübt.

Die erkrankten Zehennägel zeigen circumscripte Trübungen von gelber Farbe.

Mikroskopisch fand man in den erkrankten Massen unter den Zehennägeln dieselben Bilder wie bei den Scutulis. Dagegen waren die Pilze in den Massen unter den Fingernägeln viel spärlicher vorhanden.

Bei der Untersuchung der erkrankten Fingernagelplatten fand F. die Achoriumpilze in dichten Geflechten zwischen den Koriumpapillen liegen, die Verzweigungen der Pilzfäden gehen bis in die Malpighische Schicht. Ein Eindringen in die Papillen selbst findet nicht statt, obwohl die Papillen vollkommen von Pilzen umsponnen sind. In den Hornlamellen des Nagels finden sich keine Pilze, nirgends Sporenanhäufungen. Die Fadenverzweigungen endigen öfters mit kolbiger Verdickung, die bisweilen Sporen abschnüren (? Ref.)

F. glaubt, dafs das Vordringen der Pilze zwischen den Epidermisschichten ein aktives sei und dieselben nicht mechanisch mit der fortschreitenden Verhornung in andere Schichten verschleppt werden. Dadurch komme auch die Mumifikation des Nagels zustande, weil die Pilze durch ihre Masse die Blutgefäfse von den Epithelschichten abschneiden (?). *P. Taenzer-Leipzig.*

J. Saprophyten und Fremdkörper.

Über Maculae caeruleae und andere durch Pediculi pubis erzeugte Symptome, von J. F. Payne. (*Brit. Journ. of Derm.* Juli 1890.) Ein 16jähriger Knabe erkrankte plötzlich am 22. Mai 1890 mit Schwindel, Kopfweh und Erbrechen. Am 24. Aufnahme im Hospital. Stark fieberhafter Zustand. Auf dem Rumpf und den Oberarmen und Oberschenkeln ziemlich dichte Aussaat von charakteristischen Tâches bleuâtres; dabei zahlreiche Pediculi pubis an den Genital- und Achselhaaren. Kein Jucken, kein Kratzen. Patient am sechsten Krankheitstage fieberfrei, am achten geheilt entlassen. Bei dem Fehlen aller anderen ätiologischen Momente erklärt Verf. die ganze Krankheit durch die Einwirkung der von den sehr reichlich vorhandenen Pediculis in der Haut abgesetzten Ptomaine. Dafs die Maculae caeruleae durch Läuse veranlafst werden, ist schon von vielen Forschern anerkannt worden. Die Wirkung dieser Parasiten als eine Reizung der kutanen Nerven aufzufassen (Jamieson, *Brit. Journ. of Derm.* August 1889), stimmt nicht wohl überein mit der bei diesen Fällen fast immer vorhandenen Abwesenheit jeglichen Juckreizes. Das zweite bei diesen Fällen beobachtete Hauptsymptom, das Fieber, kann aus demselben Grunde kaum anders als durch Resorption giftiger Substanzen erklärt werden. Verf. hält seine Auffassung zwar nicht für vollkommen erwiesen, aber doch für die den Thatsachen am meisten entsprechende Erklärung. *Philippi-Nicheim.*

Verschiedenes.

Über die Ursachen des Todes in der Chloroformnarkose, von H. C. Wood und H. A. Hare. (*Med. News.* 1890. 22. Februar.) Verff. wenden sich gegen die von Lauder, Brunton und der Hyderabad Chloroformkommission verteidigte Behauptung, dafs der Tod in der Chloroformnarkose in jedem Falle auf Stillstand der Respiration, niemals durch Herzlähmung erfolge. Namentlich aber wird ein höchst energischer Protest gegen die in einem Leitartikel des *Lancet* (Januar 18) erfolgte Äufserung, „die Resultate der in Hyderabad ausgeführten Experimente zeigten, dafs durch gehörige Sorgfalt jeder Todesfall in der Chloroformnarkose zu vermeiden gewesen wäre," eingelegt. An einer Reihe von Kymographionzeichnungen beweisen die Verff. schlagend, dafs toxische Dosen von Chloroform bei Hunden allerdings imstande sind, einen Stillstand des Herzens bei Fortdauer der Athemthätigkeit herbeizuführen, wenn auch in manchen Fällen der Stillstand der Atmung gleichzeitig oder auch vor dem Aussetzen der Herzthätigkeit ebenso gut erfolgte. Das Chloroform wurde sowohl durch Inhalation als auch durch intravenöse Injektion gegeben. Es wurde auch nach Einführung einer Trachealkanüle und genauer Unterbindung der Trachea den Hunden flüssiges Chloroform in den Larynx eingebracht, doch fielen diese Experimente stets negativ aus, so dafs ein reflektorisches Stillstehen der Herzaktion durch Reiz des Larynx ausgeschlossen erscheint. Ebenso wenig konnte ein Einfluſs des Vagus auf die Entstehung des Chloroformtodes nachgewiesen werden. Wenn also die klinischen Erfahrungen ebenso wie diese und viele frühere experimentelle Beobachtungen der Verfasser und auch mehrerer anderer Beobachter (Reichert u. A.) unverkennbar darauf hinweisen, dafs in vielen Fällen der Tod in der Chloroformnarkose durch Herzstillstand erfolgt, so kann man zur Erklärung der abweichenden Resultate der indischen Forscher nur eine thatsächlich mögliche, andersartige Beschaffenheit der

indischen Hunde gegenüber den Hunden anderer Erdteile herbeiziehen. Dafs eine solche Verschiedenheit wirklich angenommen werden darf, beweist unter anderm die bei einer früheren Gelegenheit gemachte Aufserung Brown-Séquards, er habe an vielen hunderten teils europäischen, teils amerikanischen Hunden operiert und dabei einen wesentlichen Unterschied z. B. in der Entwickelung des Gefäfssystems je nach dem Ort der Abstammung gefunden.

Das Photographieren im Dienste der Medizin und der verwandten Wissenschaften, von C. Woekmann. (*Glasgow. Med. Journ.* Juli 1890.) Eine anziehend geschriebene Zusammenstellung der für wissenschaftliche Zwecke verwendbaren Methoden des Photographierens einschliefslich der Anfertigung von Mikrophotogrammen, Photogravüren, Augenblicksphotogrammen etc. Eine Wiedergabe der einzelnen geschilderten Mafsregeln ist im Referate nicht möglich. *Philippi-Nieheim.*

---

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Bremen, 15. bis 20. September 1890.

Allgemeine Tagesordnung.

Sonntag, den 14. September.

Abends 8 Uhr: Gesellige Zusammenkunft mit Damen in den oberen Sälen des Künstlervereins.

Montag, den 15. September.

Morgens 9 Uhr: I. allgemeine Sitzung im grofsen Saale des Künstlervereins.

1. Eröffnung der Versammlung durch den ersten Geschäftsführer; Ansprachen und Begrüfsungen.
2. Vortrag von Herrn Geh. Rat Prof. Dr. A. W. von Hofmann (Berlin): Ergebnisse der Naturforschung seit der Begründung der Gesellschaft.
3. Vortrag von Herrn Oberbaudirektor Franzius (Bremen): Die Erscheinungen der Flutwelle von Helgoland bis Bremen.
4. Vortrag von Herrn Prof. Dr. C. Chun (Königsberg i. Pr.): Die pelagische Tierwelt in grofsen Tiefen.

Nachmittags 4 Uhr: Bildung und Eröffnung der Abteilungen und event. Sitzungen derselben.

Abends: Gesellige Zusammenkunft im Parkhause.

Dienstag, den 16. September.

Sitzungen der Abteilungen, Besichtigung von Instituten.

Abends: Fest in der Börse, gegeben vom Senat der freien Hansestadt Bremen.

Mittwoch den 17. September.

Morgens 9 Uhr: II. allgemeine Sitzung im grofsen Saale des Künstlervereins.

1. Vortrag von Herrn Prof. Dr. Ostwald (Leipzig): Altes und Neues in der Chemie.
2. Vortrag von Herrn Prof. Dr. Rosenthal (Erlangen): Lavoisier und seine Bedeutung für die Entwickelung unserer Anschauung von den Lebensvorgängen.

3. Vortrag von Herrn Hofrat Prof. Dr. C. Engler (Karlsruhe): Über Erdöl.
4. Angelegenheiten der Gesellschaft: Wahl des nächsten Versammlungsortes und der nächsten Geschäftsführer.

Nachmittags 5 Uhr: Festessen im Parkhause.

Donnerstag, den 18. September.

Sitzungen der Abteilungen. Besichtigungen. Ausflüge in die Umgegend.
Abends: Festball im Künstlerverein.

Freitag, den 19. September.

Morgens 9 Uhr: III. allgemeine Sitzung im grofsen Saale des Künstlervereins

1. Angelegenheiten der Gesellschaft.
2. Vortrag von Herrn Oberbergrat Prof. Dr. Cl. Winkler (Freiberg i. S.): Die Frage nach dem Wesen der chemischen Elemente.
3. Vortrag von Herrn Dr. O. Warburg: Mitteilungen aus meinen Reisen nach Ost- und Süd-Asien.
4. Vortrag von Herrn Dr. Rode (dirigierender Arzt des Seehospizes auf Norderney): Die Kinderheilstätte auf Norderney.

Nachmittags: Sitzungen der Abteilungen.
Abends: Zwanglose Zusammenkunft im Ratskeller.

Sonnabend, den 20. September.

Fahrten nach Bremerhaven und in See, nach Sylt und nach Norderney.

---

22. Abteilung für Dermatologie und Syphilis.

(Gymnasium, 1 Tr., No. 54.)

Einführender Vorsitzender: Dr. med. Runge, Wall 182.
Schriftführer: Dr. med. Seyffert, Nordstrafse 65.

Angemeldete Vorträge:

1. Hofrat Dr. med. Veiel (Cannstadt): Thema vorbehalten. — 2. Dr. med. G. Letzel (München): Über die Häufigkeit der Beteiligung der Urethra post. am gonorrhoischen Erkrankungsprozesse nebst einigen Mitteilungen über neue Behandlungsmethoden derselben. — 3. Dr. med. Unna (Hamburg): Thema vorbehalten. — 4. Dr. med. Lassar (Berlin): Thema vorbehalten. — 5. Prof. Dr. Zuelzer (Berlin): Thema vorbehalten. — 6. Dr. E. Senger (Krefeld): Excision der Initialsklerose und deren Technik und Erfolge. — 7. Dr. O. Rosenthal (Berlin): Thema vorbehalten.

Redaktion des Tageblattes:

(Bureau: Schünemannsche Druckerei, zweite Schlachtpforte.)
Dr. W. Müller-Erzbach. Dr. med. Gehle. Redakteur Ernst Keil.

Die Manuskripte aller Vorträge, deren Aufnahme in die „Verhandlungen" der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte gewünscht wird, sind spätestens bis zum Schlusse der Versammlung den Schriftführern der einzelnen Abteilungen und von diesen dem Generalsekretär, Herrn Dr. Lassar, in völlig druckfertigem Zustande einzuliefern.

Berliner dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 6. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr KÖBNER. — Schriftführer: Herr SAALFELD.

I. Vor der Tagesordnung erklärt Herr LASSAR zu dem im November 1889 vorgestellten Fall von extragenitaler Syphilis, daſs die Affektion infolge Rasierens entstanden sei.

Herr ROSENTHAL verliest einen Brief des Herrn Geheimrat G. LEWIN, in welchem dieser seinen tief empfundenen Dank für die ihm bei Gelegenheit seines 70jährigen Geburtstags von der Vereinigung überreichten Adresse ausspricht.

II. Herr A. BLASCHKO: **Die Siderosis der Müller.**

Meine Herren, vor einigen Jahren habe ich auf eine Affektion aufmerksam gemacht, die sich bei den Silberarbeitern findet und durch das Vorkommen von metallischem Silber in der Haut verursacht und durch das Auftreten blauschwarzer Flecke an den Händen ausgezeichnet ist. (Gewerbe-Argyrie nach LEWIN). Heut möchte ich Ihnen von einer ähnlichen Affektion berichten, die sich an den Händen der Müller und Steinhauer findet Es handelt sich um das Eindringen von Stahl in die Cutis (ähnlich wie bei den Silberarbeitern um das Eindringen von Silber). Die Müller schärfen nämlich die Steine mit einem Hammer, der aus hartem Guſsstahl gefertigt ist. Dabei springen häufig kleine Stahlstückchen ab und dringen in die Haut; andere ganz kleine Partikelchen aber bilden einen äuſserst feinen Staub, der in die Lunge eingeatmet wird. Den dadurch entstehenden Zustand der Lunge bezeichnet man als Chalikosis pulmonum.

Die Arbeiter haben zwar zum Schutz für die Hände eine Bedeckung aus Leder und für die Augen eine Schutzbrille. Beide Vorrichtungen aber schützen nicht vollkommen. Daher dringen häufig Eisenstückchen in die Cornea, werden aber von dort verhältnismäſsig leicht ausgeschieden; aus der Haut der Hand aber, wo der weit weniger starke Reiz die Arbeiter das Eindringen der Fremdkörper kaum bemerken läſst, werden nur die gröſseren ausgeschieden; die kleineren bleiben liegen. Es bleibt dann ein schwarzer Fleck mit einem braunen Hof zurück. Die Flecken finden sich zumeist auf dem Rücken der Hand und besonders auf der Dorsalseite der I. und II. Phalanx. Die rechte Hand ist häufiger betroffen als die linke.

Die Farbe der Flecken ist schwarz oder schwarzbraun (bei den Silberarbeitern blau). Es fragt sich: Was wird aus den eingedrungenen Stahlstückchen?

Während das Silber oxydiert, nachher aber gelöst wird und überall, wo elastisches Gewebe ist, sich in feinsten Körnchen niederschlägt, ist der Prozefs hier ein ganz andrer. Durch den Sauerstoff des Blutes nämlich verrostet das Eisen; es bildet sich Eisenoxydul; dieses bildet bei Gegenwart freier Alkalien Eisenoxyd und Eisenoxyidalbuminate, welche eine bräunliche Färbung der Haut bewirken. Es bildet sich ferner Schwefeleisen; letzteres dokumentiert sich als schwärzliche in der Cutis und Epidermis liegende Körnchen. — Der ganze Vorgang ist eine diffuse Infiltration und unterscheidet sich so wesentlich von der Krankheit der Silberarbeiter.[1]

III. Herr Blaschko stellt ferner einen 53jährigen Metallschleifer mit frischer Syphilis vor, der ebenfalls eine gewerbliche Affektion und zwar eine **Keratosis follicularis** an den Vorderarmen und Handrücken zeigt. Daselbst sind die Oberhautfelder deutlich ausgeprägt, stark hervorragend, mit harter Epidermis bedeckt; anstatt der Haare findet sich ein kleiner schwarzer Fleck. Beim Ausdrücken findet man einen aus Hornmasse bestehenden Comedo. — Diese Affektion beobachtet man bei Personen, die bereits längere Zeit in ähnlicher Beschäftigung sind, namentlich solchen, die vorher an den Händen eine starke Haarentwickelung hatten. Bei mikroskopischer Untersuchung erkennt man in den betroffenen Hautpartieen lamellös geschichtete Hornmassen; dagegen vermifst man Haarwurzeln und Talgdrüsensekret. Unter Umständen ist noch ein kleines Stück von einem Haar vorhanden. Das Ganze ist somit als ein horniger Comedo zu bezeichnen; als ursächliches Moment das beständige Eindringen von Schmutz und scharfen Chemikalien in die Follikel anzusehen. Psorospermien, wie sie neuerdings von Darier, White und Wickham in den Pfröpfen der Keratosis follicularis gefunden wurden, waren nicht nachweisbar.

IV. Herr Blaschko stellt einen Patienten vor, der seit drei bis vier Monaten eine Reihe von kahlen Stellen auf dem Kopfe zeigt. Die Krankheit begann mit entzündlicher Seborrhoe und ging schliefslich in narbige Alopecie über. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Haarschwund infolge von **Lupus erythematodes.** Dafür scheinen namentlich zu sprechen das ursprüngliche Erythem, die Seborrhoe, die konsekutive Atrophie der Talgdrüsen, der Ausgang in Narbenbildung ohne vorherige Ulceration, sowie das periphere Vorwärtsschreiten der Affektion. — Der Kranke hat stark unter nervösen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu leiden; die Erkrankung selbst hat sich in unmittelbarem Anschlufs an *Influenza* entwickelt.

---

[1] Anm. zum Protokoll. Bei Durchmusterung der Litteratur habe ich nachträglich eine Angabe über diese Siderosis gefunden von Schilling in „Gewerbe-Anthracosis und Siderosis." *Münch. med. Wochenschr.*, Bd. 34. pag. 77. Ob bei Boudry, Krankh. der Mühlensteinarbeiter, *Rev. san. de Bordeaux*, VI., p. 18, 27. 34, die Siderosis erwähnt ist, weifs ich nicht, da mir nur der Titel dieser Abhandlung zur Verfügung stand.

Therapeutisch haben sich Pinselungen mit alkoholischer Pyrogallussäurelösung als wirksam gezeigt.

Diskussion:

Herr Behrend:

Hrn. Blaschko's Ansicht ist, dafs es sich hier um eine Keratosis follicularis, also um eine Krankheit handele, ich aber glaube, dafs hier keine pathologische Verhornung innerhalb der Follikel vorliege. Zunächst wird die Verstopfung der Follikel auf rein mechanische Weise, durch Imprägnation mit Schmutz und Staub bewirkt, und es gesellen sich secundär zu den retinierten Talgmassen die aus dem Infundibulum des Haarbalges auf physiologischem Wege abgestofsenen Epidermismassen hinzu, die mit dem Hauttalg nicht entleert werden können und sich infolge dessen einfach ansammeln, so dafs als das Pathologische nur die Verstopfung der Follikel durch fremde Massen zu betrachten ist.

V. Herr Köbner:

M. H., der vorzustellende Fall betrifft die hier nicht sehr seltene **Pityriasis rosea,** die in unserer Vereinigung schon mehrmals gezeigt wurde.

Die Krankheit wird von Hebra und seinen Schülern als eine Form der Mykosis tonsurans (Herp. tonsur. maculos acut.) aufgefafst. Herr Rosenthal stimmte hier einmal gelegentlich einer Krankenvorstellung dieser Ansicht zu. Ich aber kann nach meinen Beobachtungen diese Ansicht nicht teilen. — Bazin bezeichnete die Pityriasis rosea Giberts als ein „Pseudo-Exanthème aigu", das in seinem Auftreten, Verlauf und bisweilen auch geringem Fieber den akuten Exanthemen ähnle. — Vidal unterscheidet eine Pityriasis marginée und circinnée und sagt, diese sei zu trennen von der Pityr. rosea Bazins, und zwar dadurch, dafs letztere ganz typisch in der Medianlinie von Brust oder Rücken beginnt, sich ferner fast ausnahmslos symmetrisch am Rumpfe ausbreite, von dort aus auf die Extremitäten übergehe und schliefslich nach 6—8 Wochen spontan zur Heilung komme, während jene, wie jede parasitische Krankheit, ohne bestimmten Ort, bald am Stamm, bald an den Extremitäten beginne, sich ohne jede Symmetrie verbreite und unbestimmt lange — bis zu 3—5 Monaten — daure. Nach E. Vidal liegt der Krankheit ein Pilz zu Grunde, den er *Mikrosporon dispar s. anomoeon* nannte, und dessen sehr kleine und an Gröfse sehr wechselnde Sporen (daher der Name M. dispar) an der Peripherie der Epidermiszellen liegen und diese aus einander drängen. — Mir ist es nie gelungen, Conidien oder Mycelien eines Fadenpilzes bei dieser Krankheit zu finden, wie ich dies auch in dem Bericht aus meiner Poliklinik von Block: „Klinische Analyse von 3000 Fällen von Hautkrankheiten nebst therapeutischen Bemerkungen (Berlin 1888)" habe anführen lassen. Ebenso wenig ist es je meinen Assistenten oder Herrn Dubreuilh aus Bordeaux gelungen, der 1887 in meiner Poliklinik mituntersuchte. Die Übertragungsversuche Vidals hatten keinen Erfolg; überhaupt ist die Ansteckung im Gegensatz zur Mykosis tonsurans niemals beobachtet worden. Dafs es sich bei Vidals Befund *nicht um Fadenpilze*, sondern

höchstens um Mikrokokken handelt, kann ich heute vorläufig an einigen gefärbten Präparaten und an Kulturen des alsbald zu demonstrierenden Falles zeigen, die Herr Dr. Strelitz angelegt hat. Es kamen die verschiedensten Nährböden zur Anwendung, auf welchen allen eine Kokkenart zur Entwickelung kam, die sich nicht bei Zimmer-, wohl aber bei Bluttemperatur fortpflanzen läfst. Die Kokkenart selbst hat jedoch, soweit bisher beobachtet durchaus nichts Charakteristisches, und es fehlt selbstverständlich für irgend welche Annahme ihrer ätiologischen Bedeutung noch das Hauptkriterium: die gelungene Übertragung.

Wie ich früher alle pflanzlichen Parasiten auf mich selbst mit Erfolg überimpft habe, so will ich auch hier, um den einzig mafsgebenden Beweis für die etwaige pathogene Bedeutung oder aber die Gleichgiltigkeit jener Kokken zu erbringen, das Gleiche thun.

Diskussion:

Herr Isaac:

Ich bin der Ansicht, dafs man sich derartigen Veröffentlichungen gegenüber äufserst skeptisch verhalten mufs, bis nicht Reinkulturen und gelungene Übertragungsversuche ein positives Ergebnis geliefert haben. In dem Laboratorium der Lassarschen Klinik sind von Herrn Günther alle Hautpilze auf ihre Übertragungsfähigkeit geprüft worden, und konnte er, wie auch andere Forscher, vom Herpes tonsurans und Favuspilz auf Gelatine und Agar-Agar Reinkulturen erhalten, während es ihm bei allen Herpes squamosus-Fällen bisher nicht gelingen wollte, des Pilzes habhaft zu werden oder ihn in Nährmaterial fest zu halten. Ich glaube also, dafs man den Pilz des Herrn Köbner erst dann als den Erreger der Herpes squamosus-Krankheit betrachten darf, wenn abgeschlossene Untersuchungen, wie sie uns die Bakteriologie lehrt, vorliegen.

Herr Behrend:

Ich halte es für sehr empfehlenswert, dafs Herr Köbner sich mit seinen Ausführungen noch so reserviert hält, da durch diese Untersuchungen noch nicht sicher gestellt erscheint, dafs die Krankheitserscheinungen durch Kokken erzeugt werden. Vielmehr weist das ganze klinische Bild eher darauf hin, dafs, wenn hier eine parasitäre Ursache vorhanden ist, es sich um Fadenpilze handelt. Übrigens mufs ich Herrn Köbner darin vollkommen beistimmen, dafs dieser von Kaposi sogenannte Herpes tonsurans maculosus nicht als Herpes tonsurans zu bezeichnen ist, da er sich von demselben wesentlich unterscheidet. Ich habe genau die Gründe, welche Herr Köbner zu Gunsten dieser Ansicht geltend macht, schon vor einer Reihe von Jahren auch meinerseits hervorgehoben.

Herr Köbner:

erklärt gegenüber den Ausführungen der Herren Behrend und Isaac ausdrücklich, dafs seine und des Herrn Strelitz Untersuchungen über den Gegenstand bei weitem nicht abgeschlossen seien, und er nur die grade im Gange befindlichen Kulturproben des Herrn Strelitz habe vorlegen wollen. Er hebe als Differenz von Mykosis tonsurans die äufserst rasche

Verbreitung über eine grofse Körperfläche, das Ausbleiben jedes höheren Grades von Exsudation, wie Bläschen u. dgl., das Verschontbleiben der Haare selbst in jenen Fällen von Pit. ros. hervor, bei denen VIDAL (im Gesicht) zwischen den Epidermiszellen des Orificium der Haarbälge seine vermeintlichen Sporen gefunden hat. Die Haarsubstanz fand sich stets frei davon. Was Herrn K. allein aus den bisherigen Kulturversuchen hervorzugehen scheint, ist, dafs es sich jedenfalls um keinen, dem Trichophyton tonsurans ähnlichen Mikroorganismus, resp. überhaupt um keinen Fadenpilz handelt.

Herr KÖBNER stellt den (gleichzeitig mit einem Recidiv von Plaques muqueuses pharyngis behafteten) Pat. vor und erklärt, dafs dieser am 22./IV. ihm zum ersten Mal zur Beobachtung gekommen sei. Die Krankheit habe beiderseits an der Rückenfläche des unteren Thoraxendes begonnen. Am 22./IV. zeigte Pat. mehrere, zum Teil medaillonförmige Plaques, die heut ungefähr 45 Tage alt sind. Dieselben sind ebenso wie die später entstandenen an der oberen Rückenhälfte sehr verblafst, zeigen nur noch eine blafsgelbliche Farbe und schuppen nicht mehr. Auch von den am 22. kleinen, scheibenförmigen an der Innenfläche des linken Oberarmes, weniger auch des linken Vorderarmes, existieren nur noch Reste. Indessen haben sich einige kleine, zum Teil feinschuppige Flecken auf der Aufsenseite des rechten Oberarmes und der rechten Hinterbacke neu gebildet. Jucken tritt bei Tage fast nie auf; nur bei Temperatur — resp. Hemdwechsel morgens und abends. Absichtlich wurde jede Kur unterlassen.

VI. Herr O. ROSENTHAL:

Der Fall, den ich mir erlaube Ihnen vorzustellen, betrifft einen Arbeiter von 49 Jahren; derselbe leidet an **Lupus erythematodes**. Obgleich der Fall als solcher nicht uninteressant ist, da er, seit 18 Jahren bestehend, sich durch keine Behandlung aufgehalten, über das ganze Gesicht verbreitet hat, so hätte ich doch gewünscht, Ihnen denselben anfangs März vorzustellen wo Patient zu mir kam, da man hier kaum in die Lage kommen dürfte einen so unberührten Fall zu sehen. Was bei demselben zuvörderst in die Augen fiel, waren dicke, borkenartige Massen, die fast auf dem ganzen Gesicht aufgelagert waren und die so recht den Zustand erkennen liefsen, der HEBRA im J. 1845 die Veranlassung gab, die Affektion „Seborrhoea congestiva" zu benennen. Sie erkennen den Befund noch sehr deutlich auf den Bildern, die ich herumreiche: auf denselben tritt auch die Schmetterlingsform prägnant hervor. Die Borken safsen mit kleinen Fortsätzen in den klaffenden Drüsenmündungen der Haut fest. Die ganze erkrankte Partie lag unter dem Niveau der gesunden und war, wie auf der Abbildung ersichtlich ist, durch eine deutliche Hautleiste von der gesunden Umgebung getrennt. An der Nasenspitze war die Haut mit dem Knorpel fast vollständig verwachsen und an den Übergangsstellen zwischen knorpeliger und knöcherner Nase zeigten sich zwei tiefe narbige Einziehungen. An den Ohrmuscheln zeigte sich Ähnliches: Schwund der Ohrläppchen und Verwachsung der Haut mit dem Knorpel des gröfsten Teils der Ohrmuschel. Auch der

Übergang der Affektion auf die Schleimhaut der Nase und des äufseren Gehörgangs war deutlich zu sehen. Stirn und Kinn waren vollständig frei.

Die Behandlung des Falles bestand in Anwendung einer Aristolsalbe und des Paquelins; Sie werden sehen, dafs die Besserung ziemlich bedeutend ist. —

Im Anschlufs hieran möchte ich noch einige Worte über die Behandlung des Lupus erythematodes sagen, zu dessen Bekämpfung, wenn auch nicht in gleicher Anzahl wie beim Lupus vulgaris — letzterer ist eben viel häufiger — stets neue Mittel empfohlen werden, ein Beweis, dafs es an einem wirksamen Mittel fehlt. Gelingt es oft durch einfache Seifenwaschungen, besonders frische Fälle, zu beinflussen, so giebt es wiederum solche, die jeder Behandlung, der mildesten wie der eingreifendsten, spotten. So hatte ich erst unlängst Gelegenheit einen unberührten Fall von Lupus erythematodes des Nasenrückens und eines Teils der rechten Wange zu behandeln. Derselbe war nach dreimaliger Anwendung von 5%iger Lösung von Kali causticum beseitigt. Hingegen quäle ich mich seit 11 Jahren mit einem Lupus eryth., der sich über den linken Handrücken und die obere und innere Fläche des zweiten und dritten Fingers derselben Hand erstreckt — es ist derselbe Fall, den ich 1887 im Verein für innere Medizin vorgestellt habe — vergebens ab; ich glaube behaupten zu können, ich habe alles versucht. Das einzige, was erreicht wurde, ist, dafs der Prozefs nicht weiter fortgeschritten ist. Wir stehen gewissen Fällen dieser Affektion eben machtlos gegenüber. So mag es auch gekommen sein, dafs Kaposi das emplastr. mercur. bei dieser Affektion empfohlen hat: ich habe mich in keinem einzigen Falle von dessen Wirksamkeit überzeugen können. Auch Herr Köbner, mit dem ich unlängst Gelegenheit hatte, über diesen Punkt zu sprechen, sprach sich mir gegenüber in gleichem Sinne aus. Dagegen möchte ich, um irriger Auslegung zu begegnen, dieses Mittels, das in unseren Kreisen in letzterer Zeit wiederholt angefeindet wurde, unter keinen Umständen zur Beseitigung lokal spezifischer Erscheinungen entbehren. Ich hatte erst unlängst wieder Veranlassung, mich in einem hartnäckigen Falle von Knotensyphilis von dessen eklatanter Wirkung zu überzeugen. Bei Injektionen von Hydrarg. salic. bildeten sich die gröfseren, mit dem Pflaster bedeckten Knoten ungleich schneller zurück als die kleinen, die nach 8—10 Einspritzungen fast noch unverändert waren. —

Auch vom Perubalsam, das Herr Lassar in einem Falle von Lupus erythematodes mit gutem Erfolg angewendet hat — ich nahm im vorigen Jahre bei der Vorstellung der betreffenden Patientin schon Veranlassung, über die scheinbare Wirkung des Mittels meine Ansicht zu äufsern — habe ich bei der in Frage stehenden Affektion keinen Erfolg gesehen. —

Erklärung der Tafeln I und II.

Fig. 1. Aufsergewöhnlich lange Spiralen (Condyloma acum).

» 1a. Ein Teil aus der Mitte derselben Spirale, stark vergröfsert, um die Unterbrechungen in ihrem Verlaufe zu zeigen.

» 2. Zeigt auf der linken Seite der Figur die Verbindung mehrerer vertikaler in dem Epithel liegender Spiralen mit einer dickeren Spirale, welche horizontal auf der Oberfläche der Cutis liegt, und den Übergang vieler Spiralen in die Cutis. (Condyloma acum.)

» 3. Ein Schnitt des oberflächlichen Epithels, gerade innerhalb der angegriffenen Zone, von einem Brandblasenpräparat drei Tage nach Anwendung des Brenners entnommen. Anastomosis der Saftbahnen auf der Cutisoberfläche.

» 4. Haarbalg von demselben Präparat wie Figur 3. Der obere Teil des Balges ist innerhalb der angegriffenen Zone; die Saftbahnen sind mit einer Substanz gefüllt, die sich wie Fibrin färbt. Die Haut, welche mit dem Brenner behandelt wurde, war normal.

» 5. Spirale Verdickung während des Verlaufes aufwärts zwischen den Cylinderzellen; die Spirale erscheint hohl oder gespalten, wenn sie mit einer höher gelegenen Zelle in Kontakt kommt.

» 6. Eine Erscheinung, der man oft begegnet; die Spirale ist in der Nähe der Cutis gespitzt und ist am dicksten an der Stelle oben, wo sie sich verästelt.

» 7. Zeigt Körnchen, welche in Spiralen übergehen und umgekehrt. Spiralen in der Hornschicht (Condyloma acum).

» 8. Zeigt Spiralen in der Hornschicht und eine sehr bedeutende Anzahl von Spiralen, welche den Platz einnehmen, in dem gewöhnlich die Körnchen gefunden werden, d. h. zwischen den Zellen gerade unter der Hornschicht.

» 9. Abschnitt durch die Spitze einer Papilla, welche zwischen den Zellen eine Substanz zeigt, die sich wie die Spiralen färbt.

» 10. Ein Schnitt, der uns die direkte Verbindung der Spiralen des Epithels mit einer Substanz in der Cutis zeigt, die Fibrin zu sein scheint.

Fig. 1.

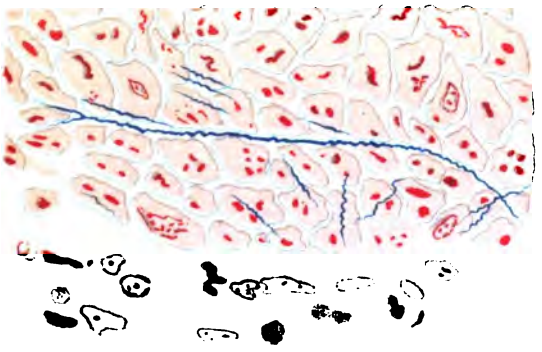


Fig. 1a.

Fig. 5.

Fig. 2.

Fig. 6.

Fig. 7.

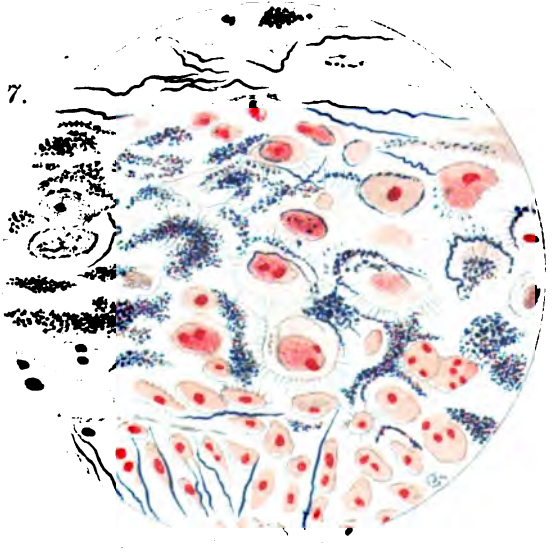


Fig. 9.

Verlag von LEOPOLD VOSS in

Fig. 10.

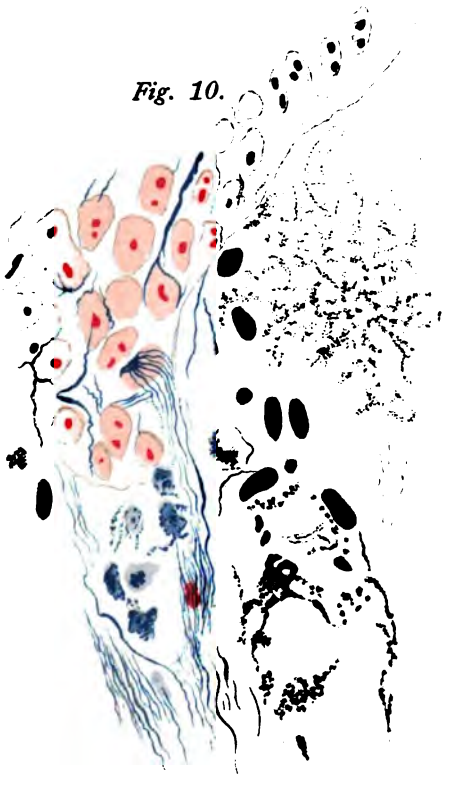


Fig. 4.

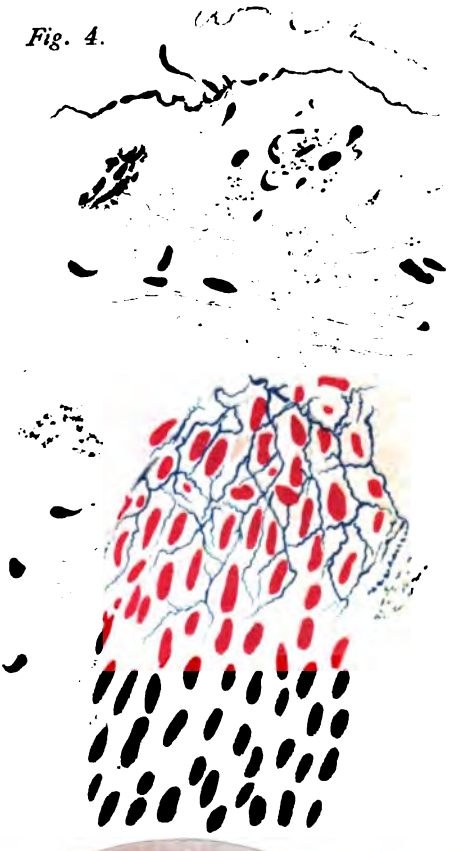
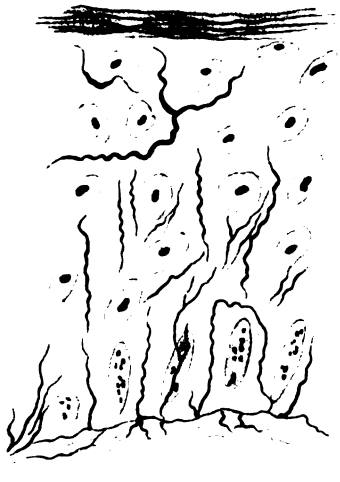


Fig. 3.



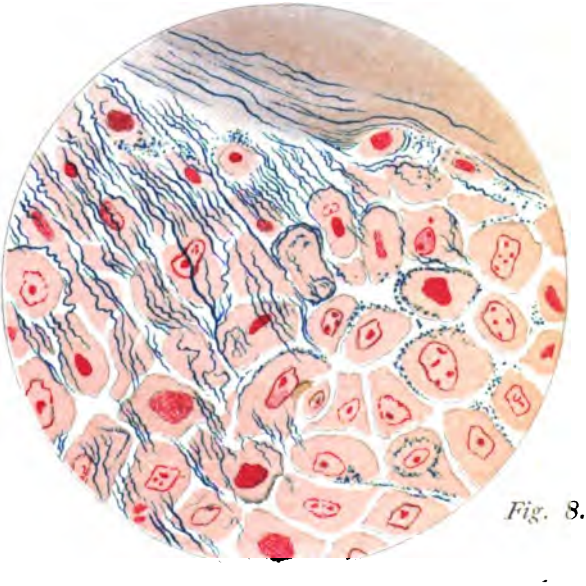


Fig. 8.

IMERSCHE SPIRALEN.

in Hamburg (und Leipzig).

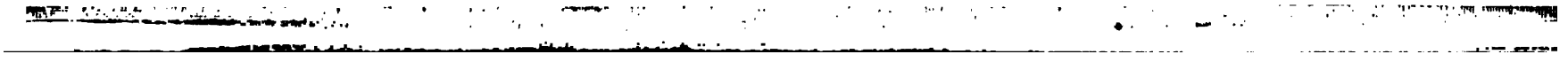


Fig. 1.

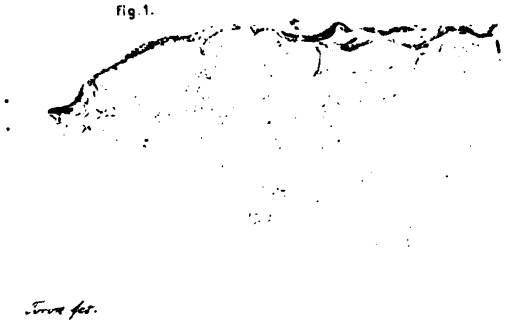


Fig 4.

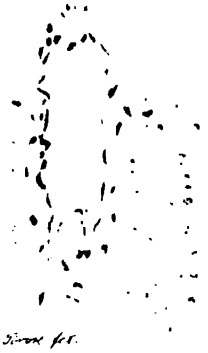


Fig 2.

Fig. 6.

Fig. 3.

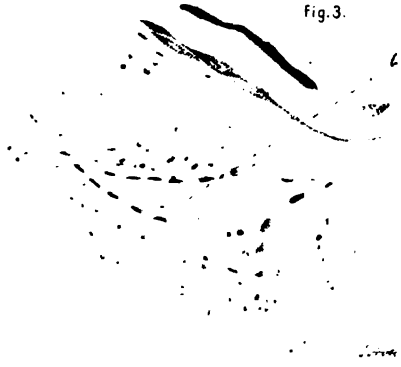


Fig. 5.

NOYES und TÖRÖK, Lymphangioma circumscriptum.
(Lymphangioma capillare varicosum.)

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 4. 15. August 1890.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Die seborrhoische Warze.

Verruca seborrhoica, Verruca senilis, Verruca plana Seniorum, Keratosis pigmentosa.

Von

S. Pollitzer, A. M., M. D.
in New York.

Mit Tafel IV.

Unter den vom klinischen Standpunkte aus zwar weniger wichtigen, in pathologisch-anatomischer Beziehung dagegen entschieden interessanten Hautaffektionen hat der Gegenstand folgender Abhandlung eine durchaus ungenügende Beachtung gefunden. Neumann war der erste, welcher in seiner Monographie über die Altersveränderungen der Haut auf diese Bildungen aufmerksam machte.[1] Er bezeichnet dieselben als Verruca senilis und erklärt ihre Entstehung durch die Neigung der Haut, im höheren Alter eine allgemeine Atrophie unter Entwickelung lokaler Hypertrophieen zu erleiden. Eine zweite Beschreibung derselben findet sich in seinem *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, und neuerdings hat er in seinem *Atlas* eine, diese Gebilde, die er Verruca senilis oder Keratosis pigmentosa nennt, darstellende Tafel, publiziert.

Wer zuerst den Namen Verruca seborrhoica gebraucht hat, bin ich nicht imstande gewesen, zu entscheiden. Die erste Verwendung dieser Benennung, die ich in der Litteratur habe konstatieren können, findet sich in einer Abhandlung von Barthélemy, der eine genaue Schilderung eines derartigen Falles nebst einer Darstellung der histologischen Verhältnisse nach Balzer[2] gibt. Von ihm wird aber die Bezeichnung als eine allgemein gebräuchliche angewandt. Auch Dr. Unna, dem ich die Kenntnis dieser Affektion verdanke, brauchte den Namen: seborrhoische Warzen. Er hat den Neumannschen Namen: senile Warzen verlassen, seitdem er dieselben mit besonderer Häufigkeit bei mit seborrhoischen Affektionen behafteten und nicht nur bei alten Personen gefunden hat.

[1] *Sitzungsber. d. k. Akademie d. Wissensch.* Wien 1869.

[2] Des Verrues séborrhéiques ou Verrues plates de la Vieillesse. *Annales de Dermat. et de syph.* II. 1881. pag. 535.

Ähnliche Beobachtungen mögen auch andere Dermatologen zu derselben Benennung veranlafst haben, ohne dafs man ausdrückliche Hinweise in dieser Beziehung findet. Dr. HANDFORD aus Nottingham hat auch einen Bericht über zwei Fälle dieser Anomalie unter dem Namen Stearrhoea nigricans, der aber sonst auf eine vollständig andere Affektion angewendet worden ist, publiziert. [3]

In den Lehrbüchern von ZIEMSSEN bis CROCKER werden die klinischen Erscheinungen mit wenigen Worten abgehandelt, ohne Erwähnung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse, oder wenn letzteres je geschieht, so ist es im Anschlufs an NEUMANN mit einer völlig irrigen Schilderung derselben, indem die Affektion im selben Kapitel wie die gewöhnliche Warze, Verruca (oder Keratoma) vulgaris abgehandelt wird.

Klinische Eigenschaften: Die senile oder seborrhoische Warze ist eine Affektion, welche sich nur bei Erwachsenen, am häufigsten bei Greisen findet. Ich kenne keinen Fall, in welchem dieselbe vor dem vierzigsten Lebensjahre vorgekommen wäre. Die Affektion findet sich in Gestalt von multiplen Flecken, deren Lokalisierung, in der Reihenfolge der Häufigkeit aufgezählt, die Mitte des Rückens, die untere Hälfte des Abdomens, die Gegend des Sternums, die vordere und seitliche Fläche der unteren Hälfte des Halses und selten einmal das Gesicht betrifft. Der Zahl nach variieren sie von einigen wenigen bis zu vielen Dutzenden. Wenn ihrer viele sind, so läfst sich gewöhnlich eine Art von Anordnung erkennen; sie stehen in Gruppen beisammen und bilden gerade oder geschwungene Linien, welche sich den natürlichen Spaltlinien der Haut anschliefsen. Gelegentlich sitzen sie zu einem halben Dutzend oder mehr in Gestalt einer unterbrochenen Kette bandförmig um den Hals herum. Der Farbe nach zeigen sie Abstufungen von einem blassen Rehbraun bis zu einer fast schwarzen Färbung; in der Regel aber zeigen alle die Gewächse des einen betreffenden Patienten eine annähernd übereinstimmende Schattierung. Ihre Konturen sind meistenteils rund oder oval, indessen können dieselben auch manchmal sehr unregelmäfsig sein; ihr gröfster Durchmesser fällt in der Regel mit einer Hautspaltlinie zusammen. Auch betreffs der Gröfse kommen grofse Verschiedenheiten vor; oftmals sind sie nicht gröfser als ein Stecknadelkopf, manchmal sind sie so grofs wie ein Markstück oder noch gröfser. Was die Form der einzelnen Flecke betrifft, so müssen wir zwischen der Neubildung selber und der dieselbe für gewöhnlich bedeckenden Kruste, welche die dunklere Farbe bedingt, unterscheiden. Wie mir scheint, ist dieses Moment bei früheren Darstellungen vollständig aufser Acht gelassen worden, indem die sekundäre Kruste als die ursprüngliche Affektion geschildert worden ist.

[3] *Illustr. Med. News.* Vol. I. 1888. pag. 293. — Ich verdanke Herrn Dr. T. COLCOTT FOX diese Notiz.

Die senile Warze sollte man zunächst nicht an den die Poliklinik besuchenden Patienten studieren, da bei diesen in der Regel die Gesetze der Reinlichkeit und ein häufiger Gebrauch von Bädern nicht in Anwendung kommen. Bei allen Fällen, über welche ich ausführlichere Berichte habe auffinden können, wird auf die eine oder andere Weise über ungewöhnliche Schmutzigkeit des betreffenden Patienten berichtet. Indessen ist die senile Warze nicht ausschliefslich auf diese Klasse von Leuten beschränkt, wenn auch das Aussehen der Neubildungen durch die Gewohnheiten der Patienten eine beträchtliche Modifizierung erleidet. Bei alten Leuten der besseren (d. h. reinlicheren) Klasse haben die in Rede stehenden Gebilde die Form von kleinen, wenig erhabenen, blafs rehbraunen Flecken, welche ganz steil aus der umgebenden Oberfläche zur Höhe von kaum einem Millimeter sich erheben. Die obere Fläche einer jeden kleinen Geschwulst ist flach, wenn der Tumor eine gröfsere Ausdehnung hat, dagegen ein wenig konvex, wenn derselbe klein ist; eine genauere Beobachtung läfst ein deutlich netzartiges Aussehen erkennen. Das Gewächs fühlt sich weich und entschieden fettig an.

Bei andern Patienten, nämlich solchen, welche sich nur selten zu baden pflegen, sehen wir die seborrhoische Warze eine andere Form annehmen. Bei diesen ist dieselbe von einer mehr oder weniger dunklen Kruste bedekt, welche, wie ich mich überzeugt habe, aus verfetteten Epidermisschuppen und fremder Materie, Wollfasern, Stückchen Kohle etc. besteht. Diese Kruste läfst sich mit einem Falzbein abkratzen, worauf eine rosafarbene, retiforme Oberfläche mit blutenden Punkten zu Tage tritt. Dieser Schorf hatte sich so fest mit seiner Unterlage verbunden, war durch Eingreifen in die Follikel so eingekeilt worden, dafs die zu seiner Entfernung nötige Gewalt genügt, um die darunter gelegene zarte Epidermis zu zerreifsen. Dafs diese Kruste keinen integrierenden Bestandteil bildet, ersieht man noch besser aus dem Umstand, dafs dieselbe mittels Äthers oder Benzins sich fortwaschen läfst, obgleich ein mäfsiges Reiben immerhin zur Entfernung derselben erforderlich ist, und es fast unmöglich ist, allen Schmutz aus den kleinen Krypten in der Oberfläche auf diese Weise zu entfernen. Durch diese Behandlungsweise aber kann man die bräunliche oder schwarze Farbe verschwinden machen, wobei die gelblich-rosafarbene Oberfläche des Primärgebildes übrig bleibt. Diese kleinen Gewächse geben selten zu irgend welchen subjektiven Beschwerden Anlafs, wenn auch gelegentlich über einen geringen Grad von Juckreiz geklagt wird.

Anatomische Verhältnisse: Die anatomischen Verhältnisse der senilen Warze sind von Neumann, Balzer und Handford untersucht worden.

Fig. 1.

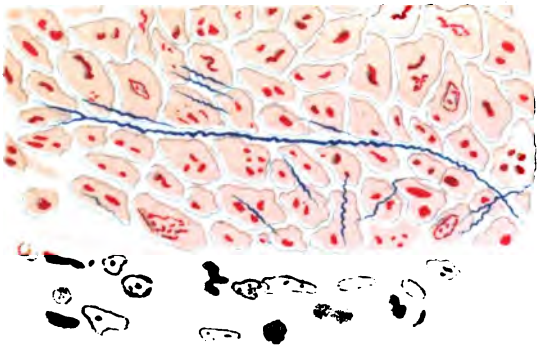


Fig. 1a.

Fig. 5.

Fig. 2.

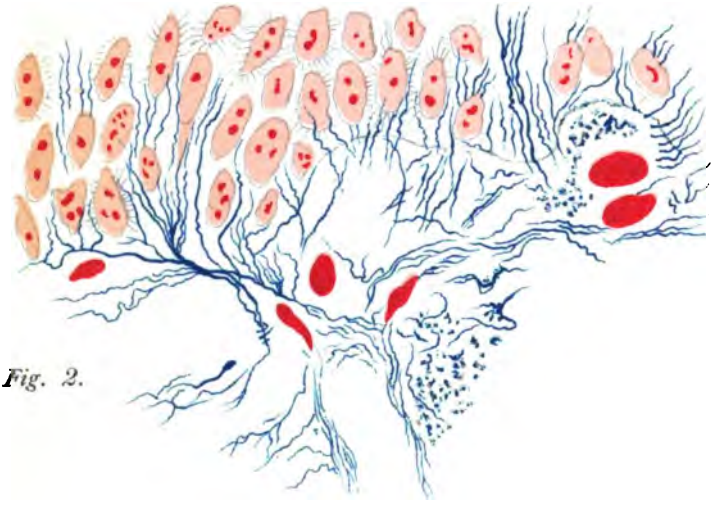


Fig. 6.

Fig. 7.

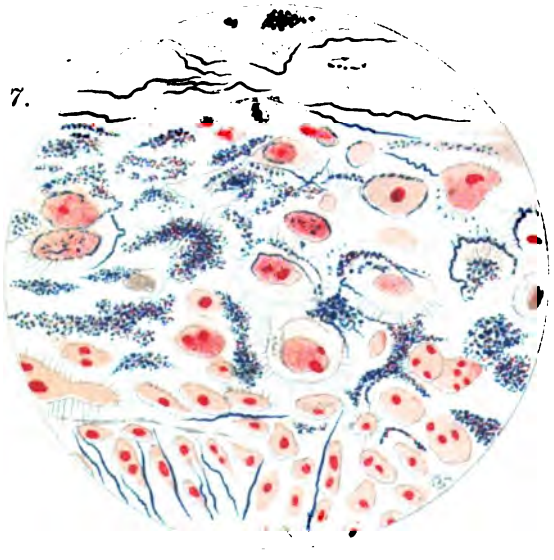


Fig. 9.

Verlag von LEOPOLD VOS

Fig. 10.

Fig. 4.

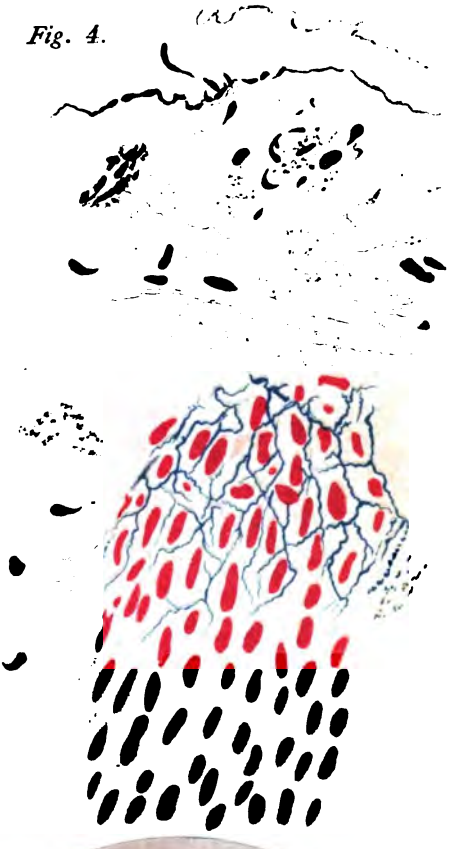
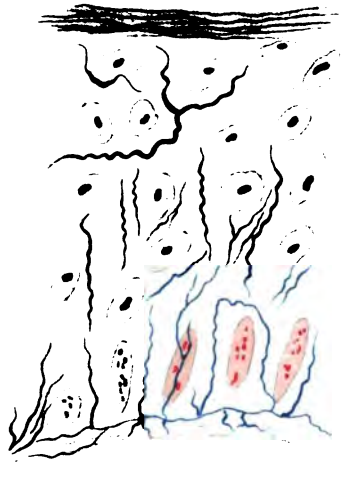


Fig. 3.



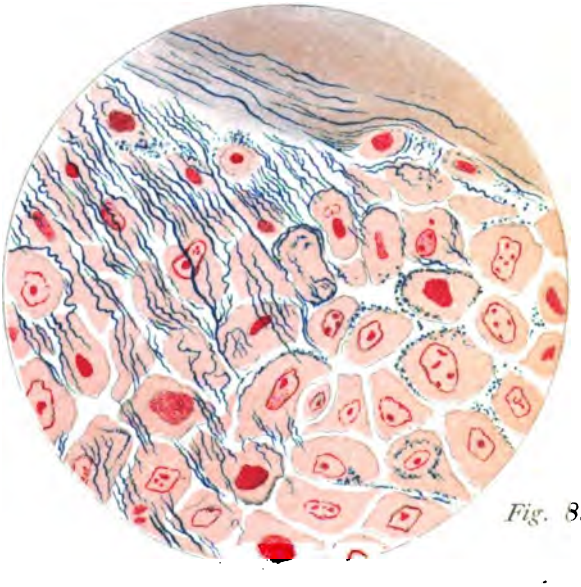


Fig. 8.

IEIMERSCHE SPIRALEN.

OSS in Hamburg (und Leipzig).

In der Papillarschichte und im Korium konnte man ähnliche, minimale Körperchen als eine Art Auskleidung der Lymphräume und der Blutgefäfswände erkennen. Diese feine fettige Infiltration war in den oberen Lagen der Haut am markiertesten und stufte sich allmählich gegen das subkutane Gewebe zu ab, wo sich dann nichts weiter davon vorfand; die grofsen Massen von Fettzellen erschienen hier vielmehr normal. Das Epithel der Knäueldrüsen war in ähnlicher Weise fettig infiltriert, wobei dunkel gefärbte Partikel, die viel gröfser als diejenigen der Cutis im allgemeinen waren, die Drüsenschnitte deutlich erkennbar machten, indem sie schon bei schwacher Vergröfserung sichtbar waren. (S. Tafel IV, Fig. 2). Meistenteils scheint das Fett hier innerhalb der Zellen zu liegen und nimmt ziemlich unterschiedlos eine periphere oder eine der Basis zugewendete Lage ein. Von einem Vorkommen desselben im Lumen der Drüsen selbst konnte ich mich nicht hinreichend überzeugen; wenn die schwarzen Partikel im Lumen gelegen zu sein schienen, so liefs gewöhnlich eine schärfere Einstellung erkennen, dafs sie in schräg getroffenen Zellen auf der unteren (oder oberen) Seite des Knäuels lokalisiert waren.

Pathologie: Hiernach besitzt die seborrhoische Warze als charakteristische Merkmale in histologischer Beziehung zunächst ein etwas verdicktes Stratum corneum, ein beträchtlich hypertrophisches Rete Malpighii, ferner in der Papillar- und Subpapillarschichte das Vorkommen epitheloider Zellen, die in Gruppen und Linien angeordnet und durch Bindegewebszüge von einander geschieden sind und unterhalb des horizontalen subpapillaren Gefäfsplexus abrupt endigen; daneben findet sich eine eigentümliche Fettinfiltration, welche das Epithel der Knäueldrüsen, die mittleren und papillaren Schichten der Cutis und das Epithel des Rete Malpighi befällt; schliefslich ist vielleicht noch eine Atrophie der Talgdrüsen und Haarfollikel zu erwähnen. Das Vorkommen und die eigentümliche Verteilung der epitheloiden Zellen verleihen dieser Neubildung, wie mir scheint, den Charakter des von v. Recklinghausen in seiner Abhandlung über multiple Hautfibrome[8] als Lymphangio-fibroma geschilderten Gewächses, so dafs dasselbe zu derselben Klasse wie die meisten einfachen (pigmentierten) Naevi gehören würde. Ich bin mir wohl bewufst, dafs der Versuch, die in Rede stehenden Gebilde in die Klasse der Naevi einzuführen anfangs ein wenig weit hergeholt erscheinen mufs. Jedoch gebrauchen wir jetzt den Ausdruck Naevus nicht mehr im etymologischen Sinne, seitdem Hebra (wenn ich recht bin) darauf hinwies, dafs die meisten der sogenannten Naevi kaum jemals bei der Geburt vorhanden sind, sondern vielmehr erst im Verlaufe des ersten oder zweiten Jahr-

[8] *Über die multiplen Fibrome der Haut.* Berlin 1882.

zehntes des Lebens hervortreten. Es hat also nicht etwas so sehr Gezwungenes, wie man anfangs meinen möchte, eine erst später im Leben auftretende Neubildung in diese Kategorie einzureihen. Vielmehr wäre es eine viel schwierigere Aufgabe, eine Rechtfertigung aufzustellen für den Gebrauch des Wortes Naevus in der Anwendung auf Gewächse, welche nicht bei der Geburt vorhanden sind, sondern vielleicht erst viele Jahre später sich entwickeln. Man sollte eigentlich diese Benennung aus der dermatologischen Nomenklatur ausmerzen, wenn sie nicht gar so fest eingewurzelt wäre. Wie ich denselben verstehe, kann man annehmen, dafs der Name zur Bezeichnung von gutartigen Hautgewächsen, die bei der Geburt schon vorhanden sind, oder welche langsam und in beschränktem Mafse aus „versprengten" embryonalen Zellen (im Cohnheimschen Sinne) sich entwickeln, dient. In diesem Sinne des Wortes erachte ich die seborrhoische Warze in Anbetracht auch namentlich ihrer histologischen Eigenschaften für einen Naevus. Über den Ursprung oder die Bedeutung der fettigen Infiltration der Haut mufs ich gestehen, vollständig im Unklaren zu sein. Wenn die von Unna[9] wieder zur Geltung gebrachte Meissnersche Theorie, dafs der Glomerulus der Knäueldrüsen nicht allein bei der Schweifsabsonderung beteiligt sei, sondern auch die Hauptquelle für das Hautfett abgebe, richtig ist, dann haben wir bei der grofsen Menge des im Epithel der Drüsen enthaltenen Fettes nicht nötig, nach dem Ursprung des Fettes in der Cutis und der Epidermis weit zu suchen; das Vorhandensein desselben würde dann als ein Zeichen der Hypersekretion der Drüse gelten — als eine wahre Seborrhoe. Man mufs aber gestehen, dafs die histologischen Beweise für diese Theorie noch zu liefern sind; und selbst in meinen Schnitten war im Lumen der Drüse selbst eigentlich kein Fett zu sehen, und in den Ausführungsgängen war jedenfalls keins enthalten.

Das Vorkommen von Fett in der Epidermis der normalen Haut ist, so viel ich weifs, noch nicht gründlich untersucht worden; jedenfalls sind dabei die von mir bei der Herstellung dieser Präparate von den seborrhoischen Warzen in Anwendung gebrachten Vorsichtsmafsregeln gegen die Auslösung irgend welcher minimaler Partikeln von anderen Untersuchern nicht benutzt worden. Um aber ganz sicher zu sein, dafs in den vorliegenden Exemplaren es sich wirklich um eine Zunahme des Fettes handelte, habe ich in der für die seborrhoischen Warzen angegebenen Weise eine Reihe von Schnitten aus verschiedenen Teilen der normalen Körperhaut mit Osmiumsäure angefertigt. Ich hatte die Absicht gehabt, die gesamte Haut in dieser Beziehung zu studieren, aber ich bin durch den Andrang anderer Arbeiten gezwungen gewesen, diese Untersuchung

[9] Ziemssen, *Handbuch der Hautkrankheiten.*

zu verschieben. Es möge genügen, wenn ich erwähne, dafs ich in der normalen Epidermis eine unerwartet grofse Menge Fett im Epithel der Knäueldrüsen und in der äufseren Scheide des Haarfollikels nachzuweisen imstande war. Dasselbe war namentlich in der Kopfschwarte und in der Haut der Sternalregion reichlich vorhanden; nirgends aber erreichte dasselbe annähernd die Menge des in den seborrhoischen Warzen enthaltenen Fettes, welches zweifelsohne eine dort ganz enorme, pathologische Vermehrung erlitten hatte.

Des weiteren kam mir der Gedanke, es könnte das Vorkommen der Fettmengen in diesen Warzen sich durch das Einreiben von Salben (wenigstens bei zweien meiner Patienten) im Verlauf der Behandlung ihrer hauptsächlicheren Hautleiden erklären lassen. Bei dem einen meiner Fälle jedoch, bei dem die Warzen nicht weniger Fett enthielten, als bei den anderen Kranken der Fall gewesen war, wurde diese Möglichkeit in Abrede gestellt, denn der Mann war niemals wegen irgend einer Affektion aufser einem Ulcus rodens der Orbitalregion in Behandlung gewesen, und die auf dem Rücken befindlichen Warzen wurden zuerst entdeckt, als er bei der Vornahme der Operation zur Entfernung des Ulcus entkleidet wurde. Trotzdem beschlofs ich, angesichts der von Lassar[10] mit grofser Bestimmtheit aufgestellten Behauptungen über die Permeabilität der Haut für eingeriebene Medikamente, diese Frage mittels einiger Experimente zu prüfen. Es wurden Inunktionen mit Benzoefettsalbe unter Anwendung mäfsigen Druckes zweimal täglich am Ohrläppchen und auf der Rückenhaut je eines Kaninchens und auf der Streckseite des Vorderarmes eines erwachsenen Mannes ausgeführt. Am achten Tage wurden Hauptstückchen aus diesenTeilen excidiert, mit Osmiumsäure gefärbt, gewaschen, in Alkohol gehärtet, in Glyceringelatine eingelegt, mikrotomiert und unter Glycerin untersucht. Es fand sich, dafs bei keinem einzigen Falle das Fett die Hornschichte der Epidermis durchdrungen hatte. Allerdings darf nicht vergessen werden, dafs diese Experimente blofs als Versuche angesehen werden müssen. Eine Untersuchung über die Permeabilität der Haut den Fetten gegenüber wird gegenwärtig durch andere in diesem Laboratorium ausgeführt. Immerhin genügen die erhaltenen Resultate, um die Behauptung zu begründen, dafs das in den seborrhoischen Warzen enthaltene Fett nicht von aufsen her eingeführt worden sein kann.

Die Mikrophotographieen, nach denen die Abbildungen zu dieser Abhandlung angefertigt wurden, sind für mich von Herrn Andrew Pringle aufgenommen worden. Fig. 1. soll bei schwacher Vergröfserung (80 Durchmesser) das hypertrophische Rete, die unregelmäfsig geformten Papillen und im allgemeinen die Ausdehnung und Verteilung der Zellanhäufungen

[10] *Virchows Archiv.* 1879.

im oberen Teile der Cutis darstellen. Das Präparat wurde in Alkohol gehärtet, die Schnitte mit Saffranin gefärbt. Fig. 2 zeigt (bei 180facher Vergrößerung) eine Knäueldrüse, deren Epithel eine sehr erhebliche, fettige Infiltration aufweist. Im unteren Teile des Sehfeldes sieht man einen Längsschnitt eines kleinen Nerven; die größeren dunklen Massen auf der rechten Seite sind normale Fettzellen. Das Präparat war mit Osmiumsäure behandelt und sonst nicht weiter gefärbt worden.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über Einwirkung von Medikamenten auf Kulturen von Favus und Trichophyton.

Von

Dr. SCHWENGERS
in Düsseldorf.

Die Ätiologie vieler Hautkrankheiten ist bis jetzt noch in tiefes Dunkel gehüllt; bei wenigen ist der Schleier soweit gelüftet, daß man klar sehen kann, wodurch sie entstehen und veranlaßt werden; bei einzelnen sind die Meinungen der hervorragendsten Forscher scharf geteilt, z. B. bei der Alopecia areata, wo auf der einen Seite die Anhänger der parasitären, auf der andern Seite die der nervösen Theorie stehen, während wiederum ein dritter Teil beide Theorien zu kombinieren weiß. In noch größerer Unsicherheit bewegen wir uns bislang auch bezüglich der Art und Weise der Wirkung der meisten unserer gebräuchlichen dermatotherapeutischen Mittel; hier soll nach der einen Auffassung die Wirkung der Mittel eine sogenannte reduzierende, d. h. durch Entziehung des Sauerstoffes bedingte sein, nach der andern beruht dieselbe in der Erregung einer entzündlichen Reizung der Haut (Exfoliation) BESNIER, wiederum nach einer andern in einer spezifischen Giftwirkung des Medikamentes auf die eigentlichen Erreger der Krankheit, wobei nicht ausgeschlossen ist, daß der Heileffekt hervorgeht aus dem Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktoren.

Um ein Verständnis dieser Fragen zu gewinnen, habe ich nun zwei Hauterkrankungen und zwar Mykosen gewählt, den Favus und die Trichophytie (Herpes tonsurans), weil bezüglich der Entstehung dieser beiden, ätiologisch am besten erkannten Krankheiten unter den heutigen Dermatologen wohl kaum noch eine dissentierende Meinung herrschen dürfte und ferner, weil gerade diese beiden Mykosen den therapeutischen Encheiresen einen zähen Widerstand entgegenzusetzen pflegen. Ich habe nun an den Erregern dieser Krankheiten, dem Favuspilz und dem Trichophyton in einer längeren Reihe von Versuchen geprüft, wie sich dieselben auf günstige Nährböden gebracht und unter günstigen Bedingungen verhalten gegenüber denjenigen Medikamenten in den verschiedenen Koncentrationen, wie solche gegenwärtig auf der Unnaschen Klinik täglich bei der Behandlung der mannigfachsten Hautkrankheiten gebraucht werden.

Als Nährboden diente mir die Nähr-Agar-Gelatine in der Zusammensetzung:

1% Pepton,
½% Fleischextrakt,
½% Kochsalz,
1% Agar,
5% Gelatine,

neutralisiert durch Natron carbonicum.

Von dieser Nähr-Agar-Gelatine wurden gewöhnlich in je 5,0, vorher im Trockenschrank bei 150° C. sterilisierte, Reagiergläschen gefüllt und dann mit dem Medikament bis zu der betreffenden Koncentration versetzt. Diese Gläschen wurden dann an drei auf einander folgenden Tagen je eine Viertelstunde lang in strömendem Dampf sterilisiert und nach dem Aufkochen im Wasserbad auf 40° gebracht; unter andauernder und sorgfältiger Schüttelung und Mischung bis kurz vor der Erstarrung bei 35° wurden sie nun in schräger Lage erstarren gelassen, wobei in den meisten Fällen eine gleichmäfsige und innige Mischung auch der nicht löslichen Medikamente mit dem Nährsubstrate erzielt wurde. Die Gläschen wurden nachher, wenn sie genügend fest geworden waren, mit Favus und Trichophyton-Reinkulturen unter den bekannten bakteriologischen Kautelen überimpft und mehrere Wochen lang bei 30° C. gezüchtet. Um eine annähernd gleichmäfsige und genauere Dosierung der starken Verdünnungen (0,0005) bei einzelnen Medikamenten, wie Kalomel etc. zu erzielen, wunde als sogenanntes indifferentes Pulver, Terra silicea genommen, nicht nur, weil es, wie die späteren Versuche ergaben, auch dem Pilzwachstum und dem chemischen Verhalten der Medikamente gegenüber ganz indifferent ist, sondern weil es durch seinen grauen Farben-

ton besonders deutlich das weifse Mycel der Pilzrasen auf seinem Grunde abhebt und ferner noch, weil es in hiesiger Klinik ein beliebtes Kon stituens für manche Pasten bildet.

Als Impfmaterial dienten Favus-Reinkulturen und drei Trichophyton-Reinkulturen, die als

Trichophyton Pieper
" Schulz
" (Herpes tonsurans corporis)

kurz bezeichnet werden.

Zur besseren Übersicht führe ich zuerst die Medikamente in der Koncentration an, wie sie der Reihe nach mit den verschiedenen Favus- und Trichophyton-Reinkulturen beschickt worden sind.

1. *Pyrogallol in alkoholischer Lösung* 0,1 %, 0,5 %, 1 %

Pyrogallol durch Zusatz in pulverförmiger Substanz 0,1 %, 1 %, 10 %

2. *Chrysarobin in alkoholischer Lösung* 0,1 %, 0,5 %, 1 %

Zusatz in pulverförmiger Substanz 0,1 %, 1 %, 10 %

Ölige Lösung mit Oleum olivarum 0,25%, 0,5 %, 1 %

3. *Ichthyol in wässeriger Lösung* 0,1 %, 0,5 %, 1 %, 10 %

10% alkohol-ätherische im Handel befindl. Lösung 0,5 %, 5 %

4. *Resorcin* 0,5 %, 1 %, 5 %

5. *Zincum oxydatum* 1 %, 10 %

6. *Terra silicea* 10 %

7. *Zinnober* 1 %, 10 %

8. *Sulfur* 0,2 %, 1 %, 10 %

9. *Jodoform* 1 %, 2 %, 10 %

10. *Aristol* 0,2 %, 1 %, 2 %, 6 %, 10 %

11. *Aqua Calcis* 1 %, 10 %

12. *Oleum cadinum* 1 %, 10 %, 1 ‰

13. *Kalomel* 0,2 %, 1 %, 10 %, 0,1 ‰, 0,5 ‰, 1 ‰

14. *Sublimat* 0,1 ‰, 0,5 ‰, 1 ‰

15. *Salol in alkoholischer Lösung* 0,8 ‰, 2 ‰

in Pulverform	1 %	21. *Oleum raparum*	50 %
	5 %	22. *Oleum lini*	50 %
	10 %	23. *Unguentum simplex*	50 %
16. *Salicylsäure*	1 %	24. *Adeps benzoatus*	50 %
	2 %	25. *Unguentum pomadinum*	50 %
17. *Alkohol*	10 %	26. *Vaselinum flavum*	50 %
	20 %	27. *Vaselinum album*	50 %
	0,1 %	28. *Lanolinum anhydricum*	50 %
18. *Jodum purum*	0,5 %	29. *Styrax liquidus*	20 %
	1 %	30. *Balsamum Peruvianum*	20 %
19. *Tinct. Jodi*	5 %	31. *Sapo viridis*	50 %
20. *Oleum olivarum*	50 %		

Ich gebe nun in folgendem zunächst ein ausführliches Protokoll der durch mehrere Wochen fortgesetzten Beobachtungen in der historischen Reihenfolge, wie sie angestellt wurden.

Eine mehr systematische Gruppierung und übersichtliche Zusammenstellung der Ergebnisse ist in einer Tabelle am Schlusse der Protokolle angeführt.

Pyrogallol.

11./IV. Es liegen 6 Gläschen vor, die mit einer alkoholischen Pyrogallol-Lösung in der Weise versetzt sind, dafs die Nährböden eine Koncentration dieses Medikaments von 0,1 %, 0,5 % und 1 % aufweisen. Die Impfung mit einer reinen Favus-Kultur hatte stattgefunden am 20./III. 1890 und waren die betreffenden Gläschen bei 30 ° kultiviert worden.

Es ist im allgemeinen auf dem dunkeln Grund schwer zu sehen, ob eine Pilzentwickelung vor sich gegangen ist. 1 Gläschen von 0,5 erscheint vollkommen klar und durchsichtig, während in den anderen ausgedehnte Trübungen sich gebildet haben, welche mikroskopisch nur aus Kokken zu bestehen scheinen. Eine irgendwie stärkere Wucherung des eingeimpften Materials hat nicht stattgefunden. Ein Gläschen von 0,1 % zeigt am oberen Rande eine weifsliche, feine Pilzwucherung, die sich mikroskopisch als Favus Mycel erweist, ebenso auch auf der angrenzenden Oberfläche; von beiden Punkten wird abgeimpft und zur weiteren Beobachtung bei 30 ° C. gestellt, die Originalkulturen werden vernichtet, bis auf die, welche Entwickelung des Pilzes zeigen.

Resultat. Fehlendes oder höchst geringes Wachstum im Vergleich zu den 3 Kontrollgläschen, welche ein üppiges Wachstum aufweisen, indem die Kolonien vom Impfstrich 2 cm, stellenweise sogar über die ganze Oberfläche aufgewachsen sind.

12./V. Von den 4 Abimpfungen (11./IV.) zeigt nur ein einziges

Gläschen (0,1 %) ein entwickeltes Favus Mycel, das aber ebenso gut von dem ursprünglichen Impfmaterial herrühren kann. Das Pyrogallol ist demnach bezüglich des Nährbodens zwar ungeeignet für das Wachstum des Pilzes, bringt aber in der Form der Gelatinemischung das eingeimpfte Material ohne weiteres nicht zum absterben.

In derselben Weise und an demselben Tage (20./III. 1890) waren auch verschiedene Gläschen derselben Pyrogallol-Koncentration 0,1 %, 0,5 % und 1 % mit den verschiedenen Trichophyton Reinkulturen geimpft worden, ebenso waren diese auch bei 30 ° C. bisheran kultiviert gewesen. Die Untersuchung ergibt, dafs sämtliche Impfungen der drei verschiedenen Trichophytonarten vollständig steril geblieben sind, während die Kontrollgläschen ein ganz kräftiges typisches Trichophyton Mycel aufweisen.

Resultat. Pyrogallol in dieser Koncentration und alkoholischer Lösung ist geeignet die Entwickelung des Trichophyton vollständig aufzuheben.

Da sich im Verlaufe der weiteren folgenden Versuche herausgestellt hatte, dafs Alkoholzusatz in stärkeren Koncentrationen zum Nährboden (10—20 %) demselben eine gewisse Immunität gegen Wachstum von Favus und Trichophyton zu verleihen imstande ist, wurde nochmals eine neue Versuchsreihe mit Pyrogallol angestellt, und zwar so, dafs dasselbe dem Nährboden in Pulverform zugesetzt wurde in der Koncentration von 0,1 %, 1 % und 10 %; zu 0,1 % wurde noch der besseren Abwägung halber Terra silicea 0,5 zugefügt, was den Nährboden nach früheren Versuchen bezüglich des Wachstums obiger Pilzarten absolut nicht stört. Die Einimpfung geschah sowohl mit Favus als auch Trichophyton am 28./IV. 1890. Die Untersuchung vom 13./V. ergibt nur ein Wachstum der beiden Trichophyten (Schulz & Pieper) als auch des Favus auf den 0,1 % Nährböden, während die stärkeren 1 % und 10% vollständig steril geblieben sind; durch die Koncentration von 10 % ist eine vollständige Verflüssigung des Nährbodens eingetreten. Es ergibt sich mithin, dafs Pyrogallol in 1 % Mischung den Nährboden übereinstimmend mit den früheren Versuchen vollständig ungeeignet für das Wachstum dieser 3 Pilze gemacht hat.

Chrysarobin.

11./IV. Es liegen 5 Gläschen alkohol-ätherischer Lösung 0,1%, 0,5% und 1% vor; auf sämtlichen Gläschen hat eine sehr schöne, üppige Entwickelung des Favus Mycel stattgefunden, die kaum eine Differenz von den Kontrollgläschen aufweist; erst bei 1 % etwas geringere Entwickelung.

Gleichfalls erweisen sich die Gläschen obiger Koncentration mit den verschiedenen Trichophyton-Arten geimpft als üppig bestanden mit einem

kräftigen Trichophyton Mycel trotz Verunreinigung einzelner Kulturen mit einem braunen Pilz. Mikroskopisch besonders deutlich die Anordnung der Trichophyton-Fruktifikationen.

Resultat. Gar keine nennenswerte Beeinflussung bis 0,5 % bei Favus und Trichophyton.

Bei diesen auffallenden Ergebnissen wurden, weil die durch Ätherlösungen (Maximal 3 %) zu erzielenden Koncentrationen zu gering scheinen konnten, um eine Einwirkung auf das Wachstum der Pilze hervorzubringen, neue Gemische mit Chrysarobinpulver bis zu 10 % angesetzt, ähnlich wie oben bei Pyrogallol geschildert, wobei dies Medikament als Pulver dem Nährboden einverleibt wurde, und zwar in 2 %—10 % Mischung. Alle 3 Pilze, 1 Favus- und 2 Trichophytonarten zeigen eine kräftige Entwickelung des Pilzrasens, welche von der Koncentration des Mittels unabhängig erscheint; im Gegenteil sogar macht die 10 % Mischung bezüglich des Wachstums noch einen üppigeren Eindruck als die schwächere, woraus zu folgern, dafs dem Chrysarobin an sich und in dieser Form der Gelatinemischung keinerlei Einflufs anf das Pilzwachstum zukommt.

Da in den bisherigen Chrysarobin-Reihen des Medikaments nur in ungelöstem Zustande ein Nährgemisch vorhanden war und daher der negative Ausfall der Kulturen darauf beruhen konnte, so wurde eine weitere Versuchsreihe mit Chrysarobin in öliger Lösung zum Nährboden vorgenommen, und zwar am 22./V. in 0,25 %, 0,5 % und 1 % Stärke.

Die Untersuchung am 1./VI. ergibt, dafs auch hier sämtliche Gläschen sowohl Favus wie Trichophyton üppiges Wachstum zeigen, mithin ist Chrysarobin auch in öliger Mischung absolut nicht imstande, das Wachstum dieser Pilzarten auf künstlichem Nährboden zu beeinflussen.

Ichthyol.

11./IV. Es liegen 7 Gläschen vor von 0,1 %, 0,5 %, 1 % und 10 % Mischung, auf die am 20./III. 1890 von einer reinen Favuskultur überimpft worden ist. Das Gläschen mit 10% Mischung zeigt an der Oberfläche eine dunkle, schmierige Masse, die sich mikroskopisch als frei von bakterieller Verunreinigung erweist; im übrigen ist bei den schwächeren Koncentrationen von 0,1 % eine kräftige Vegetation von Favus aufgetreten, die jedoch bedeutend geringer ist als bei den gleichalterigen Kulturen der Kontrollgläschen; bei 0,5 % ebenfalls noch Entwickelung, jedoch das spezifische Mycel bedeutend schwächer, während bei 1 % nur noch eine minimale Wucherung zu beobachten ist.

Resultat. Unzweifelhafte Beeinflussung des Pilzwachstums entsprechend der Koncentration der Lösung, selbst bei 1 % noch gering vorhanden.

In derselben Weise und an demselben Tage wurden auch von den

3 Trichophytonarten-Kulturen angesetzt in Gläschen von 0,1 %, 1 % und 10 % Mischung. Von Trichophyton corporis ist nur 1 Gläschen (1 %) vorhanden. Dasselbe ist zum Teil verunreinigt durch einen schwarzen Pilz, zum Teil jedoch auch zeigt es Vegetation eines weifsen Mycels, das in seiner ganzen Anordnung indessen erhebliche Verschiedenheiten in seinem ganzen Wachstum zeigt, so dafs es den Eindruck macht, als wenn hier pathologische Abänderungen des Trichophyton vorliegen.

In übereinstimmender Weise zeigen die beiden anderen Trichophytonkulturen eine deutliche Beeinflussung des Wachstums, insofern, als bei 0,1% noch ein deutliches kräftiges Wachstum vorhanden ist, das auch mikroskopisch keine Abweichung von dem normalen Bau des Trichophyton erkennen läfst. Bei 10 % ist absolut keine Entwickelung in beiden Reihen (Schulz & Pieper) erfolgt, dagegen zeigen die 1 % Kulturen zunächst darin eine Differenz, dafs bei Schulz schon keine Entwickelung der Kulturen mehr erfolgt ist, während bei Pieper eine Entwickelung offenbar, aber abgeschwächt stattgefunden hat; dieselbe zeigt ebenso, wie die gleiche 1 % Kultur Trichophyton corporis eine durchaus abweichende Gestaltung des Mycels, welches geradezu pathologisch reduziert erscheint. Zur näheren Feststellung der Differenz wird eine neue Versuchsreihe von 0,5—5 % Mischung angestellt.

12./V. Durch Versehen sind diese Versuchsreihen statt mit reinem Ichthyol mit der im Handel befindlichen 10 % alkoholisch-ätherischen Lösung angesetzt worden, demgemäfs also entsprechend den früheren Verdünnungen 0,05 %, 0,5 % reinen Ichthyols; dieselben ergeben eine schlagende Bestätigung der auch mit den wässerigen Verdünnungen gewonnenen Resultate insofern, als in den mit Favus geimpften Kulturen, bei den 0,5 % Lösungen schon ein deutlich schwächeres Wachstum gegenüber den Kontrollgläschen erfolgt ist mit nur geringer Ausbildung eines weifsen Luftmycels; bei 5 % ist gar kein Luftmycel vorhanden, das Wachstum ganz erheblich reduziert und auf kaum 1 mm grofse, strahlenförmige Sternfigur beschränkt.

Die beiden Trichophytonkulturen von Schulz sind steril geblieben, nur auf 0,5 % macht sich ein ganz schmaler Saum von auswachsenden Hyphen um das eingebrachte Impfmaterial bemerklich. Die beiden Trichophyton Pieper zeigen in beiden Gläschen ein Auswachsen des typischen Mycels, das jedoch bei 0,5 % schon deutlich schwächer als das des Kontrollgläschens, und bei 5 % erheblich schwächer gewachsen ist und kein sporenhaltiges Luftmycel gebildet hat, sondern mehr submers dem Favus ähnlich erscheint.

Resorcin.

11./IV. 4 Gläschen von 0,5 %, 1 % und 5 % sind mit reiner Favuskultur überimpft worden. In den 2 Gläschen 0,5 % ist ein sehr

geringes Wachstum des Favus Mycel zu erkennen, das auch im Gläschen von 1 % noch deutlich in der Tiefe zu sehen ist; bei 5 % ist kein Wachstum zu bemerken, dagegen in dem ausgeschiedenen Kondensationswasser ein grünes Pilzmycel zu sehen.

Resultat. Deutliche Beeinträchtigung des Favuspilzwachstums. Um zu sehen, ob eine deutliche Pilzentwickelung stattfindet, wird davon abgeimpft.

12./V. Die Abimpfungen sind vollständig steril geblieben.

Am 22./III. 1890 wurden mit den 3 verschiedenen Trichophyton-Reinkulturen von Pieper, Schulz, Corporis-Impfungen angesetzt in Mischungen von Resorcin auf Nährböden von 0,5 %, 1 % und 5 %.

Am 21./IV. wurde bezüglich Trichophyton Schulz festgestellt, dafs die Gläschen sämtlich steril geblieben sind; die von 0,5 % und 1 % goldgelb in Farbe zeigen keinerlei Verfärbung; bei 5 % durchgehende Trübung des ganzen Nährbodens anscheinend durch chemischen Einfluss.

1 % ebenfalls klar und goldgelb von Farbe; 5 % ebenso getrübt wie das vorige; nirgends Entwickelung eines typischen Mycels zu bemerken.

Bei Trichophyton Pieper zeigt das 5 % Gläschen dieselbe Trübung wie oben: keine Verfärbung in den anderen Gläschen von 0,5%—1 %; wo ein beschränkter Pilzrasen zur Entwickelung gelangt ist, findet sich die Umgebung derselben und das ausgeschiedene Kondensationswasser tiefgrün bis schwärzlich verfärbt mit deutlicher Fluorescenz-Erscheinung. Diese Erscheinung beruht wahrscheinlich auf chemischer Einwirkung des Resorcin bei dem Pilzwachstum.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein kräftiges und durchaus normales, entwickeltes Mykel, zeigt dabei mitunter einen geschlängelten Verlauf und leichte, kolbenförmige Anschwellung der Enden, bisweilen auch ein fingerförmiges, an das Bild der Favuskulturen erinnernd.

Um die Lebensfähigkeit der betreffenden Kulturen zu erproben, wurden Abimpfungen auf Agar gemacht, und ebenso auch, um das Verhalten der verschiedenen Trichophytonkulturen auf Resorcinnährböde festzustellen, wurde von der Kultur Pieper auf die übrigen freigebliebenen Kulturen nochmals übergeimpft.

Die Abimpfung und das Mycel, welches auf den 0,5 % und 1 % Resorcinnährböden nach Einimpfen von Trichophyton Pieper vom 21./IV. entstanden war, erweist sich heute 12./V. als ein bräunlicher Aspergillus und nicht als ein Trichophyton. Das Trichophyton ist vielmehr, wie die neuen Impfungen ergeben, nicht imstande, auf resorcinierten Nährböden zu gedeihen, selbst bei 0,5 % ist kein Auswachsen erfolgt bei 30 ° C. Kultivierung während mehrerer Wochen, wo Kontrollgläschen ein üppiges Wachstum zeigten. Da das Aspergillusmycel auch durch

1% Resorcin nur unwesentlich beeinflufst wurde, so ist daraus zu folgern, dafs dem Resorcin ein spezifischer Einfluſs auf das Trichophyton zukommt.

Zinkoxyd.

22./III. Es liegen Gläschen vor in der Koncentration von c. Terra silicea 0,01 = 0,2%, 0,05 = 1% und 0,5 = 10% Zinkoxyd auf je 5,0 Nährboden.

Diese sind am 22./III. mit Favusreinkulturen geimpft worden.

22./IV. Die schwachen und starken Verdünnungen unterscheiden sich durch ihre weifse Farbe nicht von der Farbe des Favuspilzes, und ergab eine Abimpfung von 0,05, am 11./IV. angesetzt, ein beginnendes Auswachsen, während die übrigen Abimpfungen zu gleicher Zeit von Pyrogallol und Resorcin vollständig steril geblieben waren; von den übrigen Gläsern mit 0,01 und 0,5 Zinkoxyd Gehalt wurden Abimpfungen auf Agar angestellt.

12./V. Die 3 Abimpfungen sind zu schönen Reinkulturen des typischen Favuspilzes ausgewachsen.

In derselben Zeit und in denselben Koncentrationen, wie oben bei Favus, waren auch Gläser mit den 3 verschiedenen Trichophyton geimpft worden und war am 22./IV. das Resultat bei Trichophyton Pieper, dafs, während die beiden schwächeren Koncentrationen ein deutliches, charakteristisches Trichophytonmycel zeigen, dasselbe auf dem stark weifs gefärbten Grunde des 0,5 Gläschens nur schwer zu erkennen, aber doch sichtbar ist. Zur Sicherung des Sachverhalts Abimpfung; bei Trichophyton corporis derselbe Befund; bei den beiden stärkeren Koncentrationen Verunreinigung durch Asperpillus; bei Trichophyton Schulz das gleiche Resultat; bei der stärksten Koncentration deutlich weifser, charakteristischer Trichophyton-Pilzrasen zu erkennen; auffallend bei diesen Kulturen ist eine mehr bräunliche Färbung des Rasens, durch das Trichophyton Schulz in erheblicher Weise von den beiden anderen Trichophytonarten differiert.

Resultat bezüglich Zinkoxyd: dasselbe beeinträchtigt beide Pilze keineswegs im Wachstum.

Terra silicea.

1 Glas enthaltend 0,5 = 10% Terra silicea wird mit Favusreinkulturen geimpft am 23./III. Die Untersuchung am 23./IV. ergibt, dafs das Wachstum des Favuspilzes der Farbe wegen schlecht zu sehen ist und wird daher der Sicherheit halber davon abgeimpft auf Agar.

12./V. Die Abimpfung zeigt ebenfalls kräftiges Wachstum des Favusmycels.

Ebenso sind auch 3 Gläschen in derselben Koncentration mit den 3 Trichophytonarten geimpft worden an demselben Tage.

24./IV. ergibt die Beobachtung, dafs auf allen 3 Gläschen kräftige Vegetationen des Trichophytonmycels entstanden sind, die bei Trichophyton corporis mit Aspergillen verunreinigt ist. Die Kulturen zeigen keinerlei Differenz von den Kontrollgläschen. Auch hier ist bei Trichophyton corporis dieselbe Verunreinigung mit Aspergillus vorhanden, während die Trichophyton Schulz und Trichophyton Pieper in gleicher Stärke ausgewachsen sind, wie die Kontrollgläser. Zwischen Schulz und Pieper macht sich auch hier eine deutliche Verschiedenheit in den Kulturen geltend durch die Entwickelung eines mehr strahligen und weifsen Mycels bei dunkelbrauner Färbung des Trichophyton Schulz.

Resultat: Terra silicea hat keinen pilzhemmenden Einfluſs und ist daher als indifferentes Pulver zu den späteren Mischungen genommen worden.

Zinnober.

In beiden Gläschen 0,05 — 1 % und 0,5 — 10 % Zinnober enthaltend und am 22./III. mit Favusreinkulturen geimpft, findet man am 22./IV. deutliches Wachstum eines weifsen, faltigen Mycels, bei der schwächeren Koncentration geringer entwickelt als bei den stärkeren. Abimpfung auf Agar von 0,05 zur Sicherung des Resultates ergibt am 12./V. kein Auswachsen des Mycels, sondern bakterielle Trübung; die Kultur vom 22./III. auf 0,5 hat sich zu einem 2—3 cm faltigen, schönen, weifsen Favusrasen ausgebildet, während in dem anderen Gläschen das Wachstum durch bakterielle Verunreinigung gedrückt erscheint.

Die Impfungen der Gläser in derselben Stärke wie oben bei Favus, mit den 3 verschiedenen Trichophytonarten vom selben Tage ergaben am 22./IV.: sämtliche Gläschen sind ausgewachsen, jedoch in verschiedenen Graden; während Trichophyton Pieper ein kräftiges, prachtvolles, auf rotem Grund sich besonders deutlich abhebendes Mycel zeigt, das bei 0,05 noch stärker entwickelt ist als bei 0,5, erweisen sich die Schulz und corporis im Wachstum schwächer, dessen geringere Intensität auch nicht allein durch die Verunreinigung mit Aspergillus zu erklären ist. Mikroskopisch verhält sich dieses Mycel wie ein typisches Trichophyton.

Resultat. Zinnober hat keinen diese Pilze hemmenden Einfluſs.

Sulfur.

3 Gläser mit je 0,01 — 0,2 %, 0,05 — 1 % und 0,5 — 10 % Sulfurgehalt geimpft mit Favus am 22./III., zeigen am 22./IV. in den beiden schwächeren Verdünnungen eine kräftige Mycelentwickelung, die aber gegenüber den Kontrollgläschen ein wenig verzögert erscheint; bei 0,5 Zusatz ist wegen des starken Sulfurgehaltes kein sicheres Resultat zu gewinnen, daher Abimpfung auf Agar; diese Abimpfung ergibt am 12./V. deutliches Wachstum des typischen Favus Mycel.

Die Impfungen der Gläser in obiger Koncentration von Sulfur mit den 3 Trichophytonarten am 22./III. ergaben am 22./IV.: Alle 3 Gläschen zeigen bei Trichophyton Pieper eine starke, gleichmäfsige Entwickelung von weifsem Mycel, makroskopisch sich unzweifelhaft als Trichophyton erweisend; bei Trichophyton corporis sind alle 3 Gläschen verunreinigt durch einen braunen, schwärzlichen Pilz, der durch seine Fruktifikation als ein Aspergillus imponiert. Neben diesem ist doch ein deutliches Wachstum des eingeimpften Trichophyton zu konstatieren, besonders bei 0,5. Bei Trichophyton Schulz findet sich derselbe Pilz auch in dem Gläschen mit 0,5 neben deutlichem Trichophytonwachstum, ebenso ist letzteres auf den beiden anderen Gläschen bei schwacher Vergröfserung deutlich zu konstatieren.

Resultat. Sulfur hat eine höchst geringe Behinderung des Pilzwachstums zur Folge.

Jodoform.

In den Koncentrationen von 0,05 — 1 %, 0,1 — 2 % und 0,5 — 10 % auf das Gläschen geimpft mit Favus am 22./III. Die schwächeren Verdünnungen zeigen am 24./IV. eine Mycelentwickelung, jedoch deutlich schwächer wie im Kontrollgläschen; 0,5 zeigt keine deutliche Entwickelung, nur in dem ausgeschiedenen Kondenswasser schwimmt eine Flocke, von der auf Agar abgeimpft wird.

12./V. Abimpfung ergibt Verunreinigung durch Bakterien und kein Mycel, dahingegen ist jetzt auf den 0,5 Gläschen inzwischen ein kräftiges Favusmycel ausgewachsen. Bezüglich der Impfungen mit den 3 Trichophytonarten vom selben Tage und in demselben Jodoformgehalt macht sich bei Trichophyton Pieper in den 3 Gläschen eine erhebliche Verschiedenheit bemerkbar, insofern als auf 0,05 ein kräftiges Pilzwachstum von Trichophyton Mycel mit typischer Sporenbildung zu konstatieren ist, während bei 0,5 nur eine kleine 1 mm grofse Kultur von weifsem Mycel ausgewachsen ist, die keine Tendenz zum Ausbreiten zeigt. 0,1 zeigt eine ziemlich kräftig entwickelte Pilzkolonie, die jedoch verunreinigt ist durch einen braunen Pilz und daher kein sicheres Ergebnis erlaubt, bei Trichophyton corporis zeigt 0,05 ein durchaus gleiches Wachstum, wie Pieper, während in 0,5 eine Verunreinigung mit einem bräunlichen Mycel vorhanden ist, aber kein Trichophyton Mycel; bei Trichophyton Schulz ebenfalls kräftiges Wachstum eines Mycels, das sich durch seine rötliche Farbe in erheblicher Weise von den beiden anderen Trichophyten unterscheidet, aber unverkennbar den sonstigen Charakter des Trichophyten aufweist. Im Gläschen 0,1 ist keine weitere Entwickelung von dem übertragenen Impfmaterial erfolgt. 0,5 erscheint verunreinigt durch ein schwarzbräunliches Mycel, während von Trichophyton-Entwickelung nichts zu bemerken ist.

Resultat: Durch Jodoform ist eine, wenn auch geringe, doch unverkennbare Abschwächung des Trichophytonwachstums entsprechend der Koncentration zu erzielen.

Aristol.

Verschiedene Gläschen von 0,01 — 0,2 %, 0,05 — 1 %, 0,1 — 2 %, 0,3 — 6 % und 0,5 — 10 % Aristolgehalt und am 24./III. mit Favus geimpft; ersteres 0,01 ist durch einen braunen Pilz verunreinigt; die übrigen Gläschen lassen wegen des braunen Farbentons eine Mycel-Entwickelung nicht genau erkennen; von dem stärkeren 0,5 wird am 4./IV. abgeimpft und zeigt am 24./IV. ein deutliches beginnendes Wachstum des typischen Favus Mycel, 4 % Aristol-Öl-Ätherlösung läfst kaum deutliches Wachstum erkennen, daher Abimpfung auf Agar, während auf dem zum Vergleich angesetzten 20 % Öl-Äther-Nährboden eine kräftige Entwickelung stattgefunden hat. Die beiden Abimpfungen sind am 12./V. zu einem kräftigen Favus Mycel ausgewachsen, während die 4 % Öl-Ätherlösung, durch Bakterien verunreinigt, kein Wachstum erkennen läfst. Die Impfungen mit den 3 Trichophytonarten vom 24./III. ergaben am 6./IV. bezüglich Trichophyton Pieper: Während bis 0,1 ein unbeschränktes Wachstum über die ganze Fläche aufgetreten ist, macht sich bei 0,3 und 0,5 eine gewisse Beschränkung des Pilzrasens bemerkbar, der aber doch noch kräftig entwickelt ist. Trichophyton corporis dasselbe Resultat, wie bei Pieper, nur beeinträchtigt durch ein schwarzes Pilzmycel; Trichophyton Schulz überall Wachstum, das jedoch bei 0,3 und 0,5 gegenüber dem Kontrollgläschen etwas beeinträchtigt erscheint; auch hier tritt wieder der mehr strahlige, lockere Typus des Wachstums dieser Abart hervor.

Resultat: Aristol beeinträchtigt kaum das Wachstum beider Pilzarten.

Aqua Calcis.

Nährböden von 1 % und 10 % Gehalt wurden am 25./III. sowohl mit Favus, als auch mit den verschiedenen Trichophytonarten geimpft; dieselben zeigen überall aufserordentlich (25./IV.) kräftiges Wachstum über die ganze Fläche des Impfbodens, während das Kontrollgläschen eine viel geringere, aber auch kräftige Entwickelung aufweist; es scheint demnach, dafs die alkalische Reaktion des Nährsubstrats das Wachstum günstig beeinflufst, wie dies auch durch andere Parallelversuche bestätigt wird.

Am 12./V. zeigen die mit Aq. calcis versetzten Nährböden noch ebenso wie früher ein verstärktes Wachstum.

Oleum Cadinum.

Am 25./III. mit Favus und Trichophyton geimpfte Nährböden vor

1 % und 10 % Gehalt bleiben vollständig steril, auch bis zum 12./V. An diesem Tage werden daher nochmals am 1./V. angesetzte Mischungen von 1 ‰ und 1 % mit Trichophyton Pieper und Schulz geimpft sind; auch diese bleiben vollständig steril, während die entsprechenden Kontrollgläschen lebhafte Vegetationen zeigen. Dasselbe Resultat zeigt sich auch bei 2 Gläschen derselben Stärke (1 ‰ und 1 % Ol. Cadinum) mit Favuskulturen.

Resultat: Oleum Cadinum hebt in sehr starken Verdünnungen, sogar von 1 ‰—1 %, die Entwickelung beider Pilzarten in Nährböden vollständig auf.

Kalomel.

3 Gläschen von 0,01 — 0,2 %, 0,05 — 1 % und 0,5 — 10 % Kalomelgehalt am 21./III. mit Favus geimpft, sind am 23./IV. alle steril geblieben und haben ein grauschwärzlich verfärbtes Aussehen. Von den in gleicher Stärke mit den 3 Trichophytonarten überimpften Gläschen ist zu bemerken: In sämtlichen Kulturen ist das Wachstum aller Trichophytonreihen verhindert und auch in keinem Gläschen eine Verunreinigung zu konstatieren. Da demnach auch Kalomel in 0,2 % Lösung (0,01 : 5,0 Nährboden) dem Pilzwachstum sich als aufserordentlich feindlich erweist, so werden noch Versuchsreihen in schwächeren Koncentrationen angesetzt. Es ist beachtenswert, dafs die Kulturen sich beim vorbereitenden Sterilisieren geschwärzt haben, so zwar, dafs bei dem stärksten Zusatz die Oberfläche leicht grau, die Unterfläche schwärzlich gefärbt erscheint; die mit Terra silicea versetzten Kulturen scheinen im ganzen noch dunkler gefärbt, wobei die schwächsten Koncentrationen eine mehr bräunliche, die mittleren einen grauen Farbenton besitzt; es liegt die Vermutung nahe, dafs es sich um Ausscheidung von regulinischem Quecksilber handelt. Um die Frage zu entscheiden, werden die Gläser zusammengeschmolzen behufs Gewinnung des eventuell vorhandenen Quecksilbers. Die qualitative Untersuchung durch den Apotheker ergab, dafs weder regulinisches Hg, noch Sublimat, sondern nur Kalomel vorhanden war.

Die am 28./IV. in den Verdünnungen von 0,0005 — 0,1 ‰, 0,0025 — 0,5 ‰ und 0,005 — 1 ‰ angesetzten Kulturen mit Favus und Trichophyton geimpft, ergaben am 12./V. auch nur ein vereinzeltes aber kräftiges Auswachsen des Favus Mycel, in der Verdünnung von 1 : 10 000, während die Trichophytonkulturen steril geblieben sind.

Genau in denselben Koncentrationen wie bei Kalomel sind am selben Tage auch mit

Sublimat

Kulturen beider Pilzarten angesetzt gewesen und erwiesen sich auch hier alle Kulturen steril mit Ausnahme der schwächsten Koncentration

(1 : 10 000) von Trichophyton Pieper, aus dem eine kräftige Reinkultur hervorgegangen ist.

Zur Erklärung des vereinzelten Auswachsens von Favus bei Kalomel (1 : 10 000) und Trichophyton Pieper bei Sublimat (1 : 10 000) mag der Umstand dienen, dafs bei der Mischung dieser Medikamente mit Terra silicea, die zur Erzielung so starker Verdünnungen nötig war, eine gewisse Verschiedenheit der Koncentrationen in den verschiedenen Verdünnungsgraden nicht ganz ausgeschlossen erscheint, und das vereinzelte Wachstum wohl auf diese Ursache, nicht aber auf eine vermehrte Lebensenergie des Trichophyton gegenüber Sublimat, und Favus gegenüber Kalomel zu beziehen ist.

Resultat: Kalomel und Sublimat erweisen sich also schon in einer Verdünnung von 1 : 5000 als durchaus schädigend für das Wachstum der Pilze, und zwar sind beide Medikamente in diesen Mischungen vollständig gleichwertig. Ob dieser Einfluſs des Kalomel auf einen Umsatz in Sublimat zu beziehen ist, muſs einstweilen dahingestellt bleiben.

Salol.

Gläschen von 0,8 ‰—2 ‰ alkoholischer Lösung zum Nährboden, angestellt am 27./III., ergaben am 20./IV. bezüglich Favusimpfung deutliche Entwickelung dieses typischen Mycels, doch hinter dem Kontrollgläschen etwas zurückbleibend; bezüglich der 3 verschiedenen Trichophytonarten ein auffallend kräftiges Wachstum; auch hier ist wieder der lockere Bau der Kulturen von Schulz bemerkenswert. Stärkere Koncentrationen sind demnach zur Erforschung der Wirkung erforderlich. Es wurden am 28./IV. zur Kontrollierung der früheren Versuche gröſsere Mengen des Medikaments, nämlich Mischungen von 1 %, 5 % und 10 %, durch Hinzufügen des Salols in gepulverter Form zum Nährboden erzeugt und ergaben am 12./V., dafs überall auch schon bei 1 % Koncentration vollkommen das Wachstum sowohl bei Favus, als auch bei den Trichophytonarten (Pieper, Schulz) aufgehoben war; die stärkeren Koncentrationen haben eine Verflüssigung des Nährbodens herbeigeführt. Dasselbe Resultat findet sich auch bei

Salicylsäure, wo Koncentrationen von 1 % eine teilweise Verflüssigung des Nährbodens unter rötlicher Verfärbung herbeigeführt haben; in den Gläschen mit Favus und verschiedenen Trichophytonarten geimpft, ist keinerlei Pilzwachstum aufgetreten. Die Eisenchloridreaktion ergibt starken Salicylsäuregehalt.

Resultat: Salol und Salicylsäure erweisen sich von 1 % Koncentration an als durchaus hemmend für das Wachstum obiger Pilzarten.

Alkohol.

Vergleichsversuche ergaben bei Favus und Trichophyton, dafs bei 2 % noch ein kräftiges Wachstum über die ganze Fläche stattfindet,

während es bei 10 % eingeschränkt und bei 20 % vollkommen erloschen ist.

Jod mit Terra silicea verrieben und Jodtinktur.

Die schwächere Koncentration von 1 % Jodtinktur, resp. 0,1 % Jodi puri zeigt übereinstimmend ein lebhaftes Wachstum von Favus und zwei Trichophytonkulturen, während bei der Koncentration von 5 % Jodtinktur, resp. 0,5 Jodi puri sämtlich ganz steril geblieben sind. Da eine Prüfung auf freies Jod mit Stärke negativ ausfällt, während die Gegenprobe mit entsprechender Verdünnung positives Resultat ergibt, so folgt daraus, dafs nicht freies Jod die Ursache des fehlenden Pilzwachstums ist, sondern dafs das Jod wahrscheinlich eine chemische Verbindung mit den verschiedentlichen Bestandteilen des Nährbodens eingegangen ist, welche nun ihrerseits das Auswachsen des Pilzes auf dem Nährboden in stärkerer Koncentration verhindert.

Resultat: Jodtinktur und Jod erweisen sich also in gleichem Verhältnis 5 % resp. 0,5 % als durchaus der Pilzentwickelung feindlich.

Versuchsreihen mit Salben-Konstituentien, angesetzt am 4./IV alle in 50 % Koncentration, ergaben am 21./IV bezüglich Favusimpfung:

1. Oleum Olivarum.
2. Oleum Raparum.
3. Oleum Lini.

Auf allen 3 Böden ein kräftiges Wachstum des Mycels, welches sogar kräftiger erscheint, als das des Kontrollgläschens am 12./V. Die 3 Gläschen zeigen ein besonders kräftiges Wachstum zu einem massigen bräunlich gefärbten Mycelstratum im Vergleich zum Kontrollgläschen, es ist dies besonders auffallend bei Oleum Lini trotz seines reduzierenden Einflusses.

4. Ungt. simplex 21./IV. deutliche Entwickelung.
5. Adeps benzoatus „ „
6. Ungt. pomadinum deutliches Wachstum.
7. Vaseliuum flavum
8. Vaselinum album
9. Lanolinum anhydricum

} fraglich, daher Abimpfung auf Agar.

Am 12./V. zeigen die Salbengrundlagen etwas geringeres Wachstum wie die Öle, aber doch deutlich und kräftig. Bei Lanolinum anhydricum ist auch jetzt noch ein deutliches Wachstum nicht zu erkennen, jedoch ergab die Abimpfung, dafs ein typisches Favus-Mycel vorhanden war; bei Vaselinum flavum sowie album ist deutliches Wachstum zu konstatieren; die Abimpfungen erweisen sich verunreinigt.

Bezüglich Trichophytonimpfungen am 21./IV:

1. Ol. Olivarum.

2. Ol. Raparum.
3. Ol. Lini.

Kräftiges Wachstum, aber bei Ol. Lini etwas geringer und verspäteter. Am 12./V. sind diese 3 Kulturen überall kräftigst ausgewachsen und bestätigen das frühere Resultat; dieselben zeigen auf der Oberfläche ein etwas abweichendes Aussehen durch eine mehr gräuliche Färbung des Rasens, während die Unterfläche der Kultur tief rotbräunlich aussieht, dieselbe Farbe der Oberfläche tritt auch bei Oleum Lini hervor; jedoch erscheint die Oberfläche im allgemeinen im Wachstum etwas zurückgeblieben; ein umschriebener Teil des Pilzrasens zeigt eine mehr ockergelbe Verfärbung, die bei mikroskopischer Untersuchung sich als ein Bacillenherd erweist, wovon Abimpfung auf Agar stattfindet.

21./IV. 4. Ungt. simplex, ziemlich kräftiges Wachstum wie auf Kontrollgläschen.

5. Adeps benzoatus: geringes Wachstum.
6. Ungt. Pomadium: kein Wachstum.
7. Vaselin. flavum: } minimales, wenn überhaupt vorhandenes
8. Vaselin. album: } Wachstum.
9. Lanolinum anhydricum: kein Wachstum.

12./V. bei Ungt. simpl.; Ungt. pomad.; Adeps benzoatus zeigt sich eine Entwickelung des Pilzrasens über die ganze Fläche, wenn auch nicht in der Stärke, wie bei den Ölen; bei Lanolinum und Vaselinum album ist ein deutliches Auswachsen des Pilzrasens, wenn auch in schwächerer Weise erfolgt. Bei Vaselinum flavum ist ein Auswachsen nicht erfolgt.

Bei der Ergänzung der Versuche zum Ungt. pomadinum, das anfänglich ein verzögertes Wachstum der Pilze zu haben schien, wurde auf die einzelnen Konstituentien Oleum amygdalarum und Oleum cacao in 50 % Mischung zurückgegriffen und ergaben diese Versuche übereinstimmendes Auswachsen der Mycelien.

Styrax
Balsamum Peruvianum

in 20 % Mischung ergaben vollständige Unterdrückung des Pilzwachstums sowohl bei Favus als auch bei Trychophyton.

Bei Sapo viridis in 50 % Mischung ist kein Wachstum der Mycelien erfolgt.

Über die Schlufsfolgerungen, die sich aus diesen Untersuchungsreihen, welche weiter fortgesetzt werden sollen, in Rücksicht auf die Dermato-Therapie ergeben, wird Herr Dr. von Sehlen, unter dessen Leitung, als derzeitigem Vorstand des bakteriologischen Laboratoriums von Herrn Dr. Unna, ich diese Arbeit gemacht habe, sich demnächst ausführlicher verbreiten.

I. Gruppe:
Reducierende Mittel.

Medikamente und Koncentrationen	Tag der Impfung	Tag der Beobachtung	Favus	Trichophyta: Pieper	Trichophyta: Schulz	Trichophyta: Herpes tons. corporis	Resultat
1. **Pyrogallol** alkoholischer Lösung 0,1 %	20./III.	11./IV.	kein Wachstum ÷ steril	+	÷	+	das Wachstum ist überall unterblieben
0,5 %	„	„					
1 %	„	„					
in Pulverform zugesetzt 0,1 %	28./IV.	12./V.	Wachstum +	+	+	÷	nur Wachstum 0,1. Favus und Trichophyton Pieper und Schulz; alle übrigen Kulturen steril
1 %	„	„	kein Wachstum ÷ steril	÷	÷	÷	
10 %	„	„					
2. **Chrysarobin** alkoholischer Lösung 0,1 %	20./III.	11./IV.	kräftiges Wachstum überall +	ebenso +	ebenso +	ebenso +	überall kräftiges Wachstum, nur etwas geringer bei 1 %
0,5 %	„	„	etwas geringer +	+	+	+	
1 %	„	„					
in Pulverform zugesetzt 2 %	28./IV.	12./V.	überall kräftiges Wachstum +	+	+	+	überall kräftiges Wachstum
5 %	„	„					
10 %	„	„					
3. **Ichthyol** in wässeriger Lösung 0,1 %	20./III.	11./IV.	kräftiges Wachstum	deutliches Wachstum	deutliches Wachstum	—	deutliches kräftiges Wachstum nur bei 0,1 %
0,5 %	„	„	geringeres „	—	—	—	
1 %	„	„	minimales „	schwaches Wachstum	kein Wachstum	—	kein Wachstum, nur minimales bei Favus und Trichophyton Pieper
10 %	„	„	kein „ steril	steril ÷ kein „	steril ÷	steril —	überall steril
einer 10 % alkohol-ätherischen Lösung 0,5 %	28./IV.	12./V.	schwaches Wachstum	schwaches Wachstum	steril ÷	—	nur schwaches bis minimales Wachstum bei Trichophyton Pieper, Trichophyton Schulz überall steril
5 %	„	„	minimales „	minimales „	steril ÷	—	

Medikamente und Koncentrationen		Tag der Impfung	Tag der Beobachtung	Favus	Trichophyta: Pieper	Trichophyta: Schulz	Trichophyta: Herpes tons. corporis	Resultat
4. Resorcin	0,5 %	22./III.	11./IV.	geringes Wachstum	minimales Wachstum	÷	–	nur bei Favus und Trichophyton Pieper beschränktes Wachstum in 0,5 — 0,6 %, sonst alle übrigen Kulturen steril
	1 %	„	„	minimales „	ebenso	÷	÷	
	5 %	„	„	steril ÷	steril ÷	÷	÷	
5. Sulfur	0,2 %	22./III.	11./IV.	überall Wachstum +	überall kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	überall kräftiges Wachstum
	1 %	„	„					
	10 %	„	„					

II. Gruppe:

Quecksilber-Verbindungen.

1. Zinnober	1 %	22./III.	22./IV.	überall kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	ebenso +	überall kräftiges Wachstum
	10 %	„	„					
2. Kalomel	0,2 %	21./III.	28./IV.	kein Wachstum ÷	kein Wachstum ÷	ebenso ÷	ebenso +	überall negativ Kulturen steril geblieben
	1 %	„	„					
	10 %	„	„					
	0,1 ‰	28./IV.	12./V.	kräftiges Wachstum +	kein Wachstum +	ebenso +	–	nur bei Favus 0,1‰ ist kräftiges Wachstum aufgetreten; alle übrigen Kulturen sind steril geblieben
	0,5 ‰	„	„	kein Wachstum +				
	1 ‰	„	„					
3. Sublimat	0,1 ‰	28./IV.	12./V.	kein Wachstum +	kräftiges Wachstum + kein Wachstum +	kein Wachstum +	–	nur Wachstum bei Trichophyton Pieper 0,1 ‰; alle übrigen Kulturen sind steril geblieben
	0,5 ‰	„	„					
	1 ‰	„	„					

III. Gruppe:

Jodmittel und Jod-Verbindungen.

1. Jodum purum	0,1 %	28./IV.	12./V.	kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	–	nur Wachstum bei 0,1 ‰;
	0,5 %	„	„	kein Wachstum +	ebenso +	ebenso +		0,5 % aller Kulturen steril
2. Tinctura Jodi	1 %	„	„	kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	–	nur Wachstum bei 1 ‰;
	5 %	„	„	kein Wachstum +	ebenso +	ebenso +		0,5 % aller Kulturen steril
3. Jodoform	1 %	22./III.	22./IV.	überall kräftiges Wachstum +	kräftiges Wachstum + geringes Wachstum	ebenso geringes Wachstum	ebenso +	überall kräftiges Wachstum; nur bei Trichophyta in 10 % etwas abgeschwächt
	2 %							
	19 %							
4. Aristol	0,2 %	24./IV.	24./IV.	überall Wachstum zum Teil verunreinigt durch andere Pilze	ebenso +	ebenso +	+	nur bei den den 3 Trichophytonarten 6 %; in 10 % etwas abgeschwächteres Wachstum
	1 %	„	„					
	2 %	„	„		etwas schwächeres Wachstum	ebenso	ebenso	
	6 %	„	„					
	10 %	„	„					

IV. Gruppe:

Phenole, Teer und Balsame.

1. Salicylsäure	1 %	28./IV.	12./IV.	kein Wachstum +	ebenso +	ebenso +	–	alle steril geblieben
2. Salol alkoholischer Lösung	0,8 ‰	27./III.	20./IV.	äußerst üppiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	überall +	überall kräftiges Wachstum stärker, von Kontrollgläschen
	2 ‰							
in Pulverform zugesetzt	1 %	28./IV.	12./V.	kein Wachstum steril +	ebenso +	ebenso +	–	überall steril
	5 %	„	„					
	10 %	„	„					

Medikamente und Konzentrationen	Tag der Impfung	Tag der Beobachtung	Favus	Trichophyta: Pieper	Trichophyta: Schulz	Trichophyta: Herpes tons. corporis	Resultat
3. Oleum Cadinum 1 %	25./III.	25./IV.	kein Wachstum ÷ steril	ebenso ÷	ebenso ÷	—	überall steril
10 %	„	„					
1 ‰	„	„					
4. Balsamum Peruv. 20 %	1./V.	12./V	kein Wachstum ÷ steril	ebenso ÷	ebenso ÷	—	überall steril
5. Styrax liquid. 20 %	4./IV.	4./IV.					

V. Gruppe:

Alkohol und Alkalien.

1. Alkohol 2 %	28./IV.	12./V.	kräftiges Wachstum ÷	ebenso ÷	ebenso ÷	—	überall kräftig
10 %	„	„	abgeschwächtes W.	ebenso, schwächer	ebenso, schwächer	—	überall schwächer
20 %	„	„	kein Wachstum ÷	ebenso ÷	ebenso ÷	—	überall steril
2. Aqua Calcis 1 %	25./III.	25./IV.	überall sehr kräftiges Wachstum ÷	ebenso ÷	ebenso ÷	ebenso ÷	überall sehr kräftiges Wachstum im Vergleich zum Kontrollgläschen
10 %	„	„					
2. Sapo viridis 50 %	4./IV.	12./V.	kein Wachstum ÷	ebenso ÷	ebenso ÷	—	überall steril

VI. Gruppe:

Indifferente Zusätze.

1. **Zincum oxydatum**								
	0,2 %	22./III.	22./IV.	überall kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	ebenso +	überall kräftiges Wachstum aller Kulturen
	1 %	„	„					
	10 %	„	„					
2. **Terra silicea**	10 %	22./III.	22./IV.	überall kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	ebenso +	überall kräftiges Wachstum

VII. Gruppe:

Salben und Salben-Konstituentien.

1. **Oleum Olivarum**	50 %	4./IV.	24./IV.	kräftiges Wachstum +	ebenso +	ebenso +	–	überall kräftiges Wachstum
2. **Oleum Raparum**	„	„	„	„ +	„ +	„ +	–	
3. **Oleum Lini**	„	„	„	„ +	„ +	„ +	–	
4. **Ungt. simpl.**	„	„	„	schwächeres Wachst. +	ebenso +	ebenso +	–	
5. **Adeps benzoatus**	„	„	„	„ +	„ +	„ +	–	
6. **Ungt. pomadinum**	„	„	„	„ +	„ +	„ +	–	
7. **Vaselinum flavum**	„	„	„	„ +	kein Wachstum ÷	ebenso ÷	–	nur bei Favus Wachstum
8. „ **album**	„	„	„	„ +	sehr schwaches	ebenso Wachstum	–	bei Trichophyton abgeschwächtes Wachstum
9. **Lanolinum anhydric.**	„	„	„	undeutlich ?	kein Wachstum bis dahin	kein Wachstum bis dahin	–	Erst am 12./V. ist bei Lanolin ein deutliches, wenn auch schwächeres Wachstum zu konstatieren.

Besprechungen.

Das erste Triennium der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Pisa, von Dr. CHIAPPA. In dem genannten Zeitraume wurden klinisch 1847 und poliklinisch 2706 Personen behandelt. Von diesen 4553 Kranken litten 1322 an syphilitischen Affektionen. Die primäre Syphilis wurde nur bei 5 Weibern beobachtet. Von diesen waren 2 Unica, bei denen das Syphilid an den Brüsten sich zeigte. Bei Männern beobachtete man die Initialsymptome häufig unter der Form der ulcerativen Balanoposthitis, welche landkartenähnliche Figuren bildete und nur durch die ungewöhnlich lange Dauer als Syphilis diagnostiziert werden konnte. Diese Geschwürsflächen heilten nicht regelmäfsig von den Rändern gegen das Centrum hin zu, sondern nur in einzelnen Herden, so dafs schliefslich noch mehrere gesonderte Stellen übrig bleiben, welche das charakteristische Aussehen des primären syphilitischen Geschwürs annahmen. Unter den Spätformen von Syphilis ist folgender nicht uninteressant.

B. D., 47 Jahre alt, wurde im Jahre 1865 infiziert, heiratete vier Jahre später und hatte 7 Kinder, von welchen jedoch nur die zwei jüngsten leben blieben. Die Prädilektionsstelle der Erkrankung war schon vom Anfang an das Knochensystem, so dafs eine Verdickung des rechten Humerus zurückblieb. Bei der ersten Untersuchung (23 Jahre nach der Infektion) zeigte sich eine Perforation des harten Gaumens und eine tief gehende Ulceration der Umgebung. Letztere verschwand nach der eingeleiteten Kur ganz prompt, das Loch im harten Gaumen blieb aber zurück, welches durch eine Prothese verschlossen gehalten wurde. Gleichzeitig mit der Perforation des harten Gaumens begann aber auch ein eigentümlicher osteitischer Prozefs, durch welchen einerseits der Alveolarfortsatz atrophisch wurde und alle Zähne ausfielen, anderseits aber der untere Teil des Unterkiefers sich verdickte und stumpf wurde. Dadurch bekam das Gesicht ein greisenhaftes Aussehen.

Die ziemlich zahlreichen Beobachtungen von hereditärer Syphilis haben folgende Lehren ergeben:

1. Die Syphilis tritt bei Neugeborenen um so schneller und in um so schwererer Form auf, je frischer die Infektion der Eltern ist.

2. Die Übertragungsfähigkeit von seiten der Mutter dauert länger als die von väterlicher Seite.

3. Die während der Gravidität durchgeführte antisyphilitische Kur übt einen sehr wohlthätigen Einfluſs auf die Frucht aus.

4. Die in den letzten Schwangerschaftsmonaten erworbene Syphilis wird häufig nicht auf das Kind übertragen.

Was die Behandlung anbelangt, so wird auch in der Pisaer Klinik nach der an den meisten Orten üblichen Methode verfahren: Man wartet die Allgemeinerscheinung ab, bis mit Allgemeinbehandlung begonnen wird, und zwar in folgender Weise: Gegen die trockenen Eruptionsformen wird Hydrargyrum jodatum innerlich gegeben, manchmal zugleich mit Jodkali. Bei pustulösem Ausschlag wird das Sublimat vorgezogen, entweder als Liquor VAN SWIETEN oder in Pillenform. Liegt irgend eine Veranlassung zur Beschleunigung der Kur vor, so werden Einspritzungen oder Einreibungen gemacht. Bei Kindern kommen nur die letzteren zur Anwendung.

Bei den gummösen Formen wird neben dem Jod auch noch das Quecksilber gebraucht, und zwar um so intensiver, je stärker die Krankheit auftritt. Zu den hypodermatischen Einspritzungen wird ein Quecksilberdoppelsalz verwendet, welches aus einer Verbindung von Quecksilber mit Natron und Jod besteht. Nach dieser Injektion entstehen weder Schmerzen noch Abscesse.

Aus dem Berichte über die behandelten Hautkrankheiten ist Folgendes hervorzuheben.

Unter 137 Fällen von Favus kamen drei zur Beobachtung, wo die unbehaarte Haut ausschliefslich erkrankt war. Bei einem 12- und einem 7jährigen Knaben war je ein Favusfleck nur auf der Wange, und bei einem dritten 9jährigen Knaben sah man zwei Stellen am rechten Vorderarme und eine am Rücken. Onychomycosis kam merkwürdiger Weise unter allen 137 Fällen nur einmal vor.

Unter den 11 an Epitheliom Erkrankten war der jüngste 49, der älteste 81 Jahre alt. Bei den exulcerierten Cancroiden wurde regelmäfsig Resorcin angewendet. Zu einer bedeutenden Besserung (keine Heilung) führte dieses aber nur in einem Falle. Chlorsaures Kali in Lösung erleichterte die Narbenbildung.

E. Fink-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Cirkulationsstörungen.

Urticaria der Zunge, von Dr. Bock. (*La Clinique.* 1. Mai 1890.) Verf. wurde zu einem 38jährigen Manne gerufen, welcher ein leicht asphyktisches Aussehen hatte und mit vieler Mühe atmete, als wenn er Glottisödem hätte. Die geschwollene Zunge füllte den ganzen Mund aus und konnte kaum herausgestreckt werden. Ihre Farbe war bläulich, stark glänzend; Papillen waren verschwunden, ihre Konsistenz hart, elastisch; keine anormale Hitze, kein Schmerz oder Brennen. Die Affektion war, ohne dafs ein Bifs oder Stich von einem Insekt oder irgend einem Gegenstand vorhergegangen war, plötzlich und von selbst aufgetreten. Der Kranke litt seit einigen Jahren an häufigen Urticariaanfällen, die von selbst oder infolge des Genusses von Muscheln auftraten. Verf. diagnostizierte daher Urticaria der Zunge, verschrieb ein heifses Senffufsbad und injizierte subkutan $^1/_3$ Milligramm Atropin. Nach zwei Stunden war der Atem freier, und im Laufe des Tages verschwand die Anschwellung der Zunge. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

In der Sitzung vom 30. Mai 1890 der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien stellt Prof. Urbantschitsch einen Fall von **spontaner symmetrischer Gangrän (Raynaud) des oberen Drittel beider Ohrmuscheln** vor. Der 37jährige, bisher vollkommen gesunde Patient, von Beruf Kutscher, bemerkt seit 2 Jahren eine Empfindlichkeit der oberen Partieen beider Ohrmuscheln gegen Druck. Vor 15 Tagen war beim Fahren ohne dafs Pat. sonst etwas vorher bemerkt hätte, eine dunkle Verfärbung im oberen Drittel beider Ohrmuscheln eingetreten, die am nächsten Tage eine tiefschwarze Farbe annahmen. Auf Rat eines Berufsgenossen, der angeblich an derselben Krankheit gelitten und sich durch Auflegen von Leim geheilt hatte, bedeckte er die erkrankten

Stellen mit in Leim getauchten Leinenflecken, welche unberührt 5 Tage lang darauf blieben. Nach Abnahme derselben hatten die Ohrmuscheln ein normales Aussehen, nur die früher schwarzen Stellen waren noch etwas rötlich verfärbt, jedoch blafsten sie in den nächsten Tagen vollständig ab. 5 Tage nach Abnahme des Verbandes setzte Pat. sich abends einem heftigen Hagelwetter aus, worauf sich sehr bald starke Schmerzen der früher erkrankten Stellen beider Ohrmuscheln einstellten; nach schlafloser Nacht waren am andern Morgen die Stellen dunkelblau verfärbt, um nach zwei Tagen, als Pat. sich in der Poliklinik einfand, sich vollständig schwarz mumifiziert und gegen Berührung äufserst schmerzhaft zu zeigen. Vom oberen Rande des Helix etwas gegen die hintere Fläche der Ohrmuschel reichend fand sich die Epidermis, als schwarze Blase, besonders grofs an der linken Ohrmuschel abgehoben. Die Therapie bestand in Applikation einer 10 %igen Jodoformemulsion und Anlage eines Verbandes. Bei der Vorstellung (48 Stunden später) waren die schwarzgefärbten gangränösen Stellen nur mehr am Helix und an dem obersten Teile der hinteren Ohrmuschelfläche vorhanden, wogegen an der vorderen Fläche nur eine tiefe Röte der Cutis ohne gangränöse Stellen sich befand. Eine Abstofsung des vorher schwarz erschienenen Gewebes war nicht nachweisbar. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 23.)

Gründler-Dresden.

Neurotische Entzündungen.

Zur Anatomie der Prurigo, von E. Kromayer. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) K. fand an gehärteten Prurigostücken den Knötchen entsprechend Verdickung der Epidermis, besonders der Hornschicht, welch letztere noch durch Cystenbildung auffällig war. Die Cysten enthielten etwas Gerinnsel, Eiterkörperchen, zerfallende Epithelien und Zelldetritus. Das Entstehen der Cysten wird auf eine Exsudation unter die Hornschicht zurückgeführt, welche durch die nachfolgende Verhornung der unter liegenden Epithelien abgekapselt wird. Die Knötchen standen nur zum Teil in Verbindung mit einem Haarbalge, die andern standen in keiner Beziehung dazu. Alteriert sind ferner hauptsächlich die Gefäfse der obersten Cutislagen und die Folge davon ist eine Exsudation. Es ist also die Cutis durch Exsudat an der Entstehung der Knötchen beteiligt. Das sind die Ergebnisse der Kromayerschen Untersuchungen. Etwas Positives haben dieselben nicht ergeben, Kromayer sieht das selbst ein und wälzt die Schuld auf das Material, welches schon seit langer Zeit gehärtet zur Untersuchung kam. Um sichere Schlüsse ziehen zu können, müsse man frisches Material untersuchen. Es nimmt uns Wunder, dafs der Verf. dies nicht gethan hat, da er ja pag. 78 selbst sagt, er habe sich frisches Material mittelst Flachschnittes verschafft.

P. Taenzer-Leipzig.

Abortivbehandlung des Herpes mittels Alkohol oder alkoholischer Lösungen, nach der Methode von Professor Leloir, von Dr. Dupus. (*Thèse de Lille.* 1889.) Leloir gelangte zu dieser Methode bei der Behandlung eines recidivierenden Herpes labialis, an welchem er selbst litt. Sobald ein neuer Ausbruch drohte, applizierte er das Wasser von Botot und bemerkte nach Verlauf einiger Minuten, dafs nicht nur der Schmerz verschwunden war, sondern dafs auch der Ausschlag in seinem Weiterschreiten behindert wurde. In $^3/_4$ Stunden war derselbe zum vollständigen Stillstand gebracht. Seit der Zeit wurde diese Therapie in der Klinik wie in der Privatpraxis mit überraschendem Erfolge angewandt. Verf. setzt die Sympto-

matologie, die pathologische Anatomie, die Geschichte des Herpes auseinander und gibt zugleich eine Kritik der bisher gebräuchlichen Behandlungsmethoden. Durch die Behandlung mit Alkohol, sagt Leloir in seinen Vorlesungen, wird in der Regel während des Stadiums des Erythems der Herpes zum Stillstand gebracht, und zwar sehr schnell in wenigen Stunden und noch kürzerer Zeit, wenn die Behandlung genügend energisch eingeleitet wird. Haben sich schon Bläschen gebildet, so ist der Stillstand in der Regel nach höchstens 1 bis 2 Tagen zu erreichen. Ist schon Eiterung vorhanden, so wird der Verlauf beträchtlich abgekürzt. Die Pusteln schrumpfen, trocknen ein mit aufserordentlicher Geschwindigkeit. Auf diese Weise kann man einen heftigen Ausbruch von gewöhnlichem Herpes oder von Zoster in einigen Tagen (5, 4 und selbst 2 Tagen) ablaufen und heilen sehen. Aber nicht allein die Hautsymptome, auch die subjektiven, der Schmerz, wird durch Alkohol beeinflufst. Im allgemeinen wird das Brennen und am häufigsten die irradiierenden Neuralgien beträchtlich gebessert."

Verf. gibt zum Schlufs die gebräuchlichsten Formeln für die Anwendung des Alkohols.

1. *Alkohol* (90°) 100,0
   Resorc. pur. 2,0 oder *Thymol* 1,0 oder *Menthol* 3,0

2. *Alkohol* (90°) 100,0
   Thymol 1,0
   Resorc. 2,0

3. *Alkohol* (90°) 100,0
   Menthol 3,0
   Extr. Cannab. indic. 5,0

4. *Alkohol* (90°) 100,0
   Acid. carb. 0,25

5. *Alkohol* (90°) 100,0
   Acid. carb. 0,25
   Extr. Cannab. indic. 4,0

6. *Alkohol* (90°) 200,0
   Resorc. 6,0
   Cocain. muriat. 1,0 bis 4,0

7. *Alkohol* (90°) 50,0
   Acid. tannic. 6,0

8. *Alkohol* (90°) 50,0
   Acid. tann. 5,0 } cave!
   Cocain. muriat. 1,0 } (Übers.)

9. *Alkohol* (90°) 500,0
   Extr. Cannab. indic. 25,0
   Cocain. muriat. 6,0
   Aq. Menthol 50,0

Diese verschiedenen Lösungen werden mittels Wattetampon, den man häufig den Tag über erneuert, appliziert. *Tavernier-Lille.*

Akute Exantheme.

Cowperitis im Verlaufe von Masern, von S. Róna. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) R. teilt mit, dafs ein 16jähriger Gymnasiast von Masern befallen wurde, welche später hämorrhagisch wurden. Einen Tag nach dem Auftreten der Hämorrhagien bemerkte der Patient, durch den stechenden Schmerz aufmerksam gemacht, eine haselnufsgrofse Geschwulst in der rechten Seite des Perineums, welche nur der Cowperschen Drüse entsprechen konnte. Die Geschwulst wurde noch gröfser, ging aber dann auf Resorbentien zurück. Tripper etc. war ausgeschlossen.

Róna meint, dafs entsprechend den Blutungen in die Haut und Schleimhaut auch eine Hämorrhagie in die Cowpersche Drüse stattgefunden haben könne.

P. Taenzer-Leipzig.

Erythema multiforme im Anschluſs an Typhus abdominalis, von S. Laufer. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Ein 23jähriges Mädchen, welches am Typhus erkrankt war, wurde auf der Brust, am Bauche, an den Streckseiten der Oberarme, den Schultern, am Rücken und im Gesicht von linsen- bis pfenniggroſsen, scharf umschriebenen roten Flecken, die mäſsig eleviert waren, befallen. Bei einigen war das Centrum etwas abgeblaſst. Der Ausschlag vermehrte sich nach einigen Tagen, war aber am zehnten Tage mit Hinterlassung von Pigmentflecken verschwunden.

Einige Tage vor dem Tode traten kleine Hautabscesse an den Schultern und dem rechten Fuſsgelenke auf.

Die Sektion ergab einen Nephrotyphus, (Bacillen in den Nieren) mit sekundärer Kokkeninfektion (metastatische Abscesse in den Nieren und in der Haut). Ob das Erythema multiforme durch das Typhus- oder Kokkengift verursacht ist, läſst Verf. unentschieden, doch neigt er mehr der letzteren Ansicht zu. (Nach des Ref. Ansicht scheinen eher die Typhusbacillen in ätiologischem Zusammenhange zu stehen, da chronologisch ja die Abscesse und schwereren metastatischen Erscheinungen, welche durch die Kokken sicher hervorgerufen wurden, später auftraten als die rein typhösen und Erythemerscheinungen.) *P. Taenzer-Leipzig.*

Chronische Infektionskrankheiten.

β. Tuberkulose.

Ein Fall von Lupus der Nasenschleimhaut, von Dr. Wagmer. (*Revue de Laryngologie et d'otologie.* 1889.) Der Lupus hat die Nasenschleimhaut ergriffen bei einer jungen Frau, welche an der Nasenspitze an Lupus litt. In beiden Nasenhöhlen, besonders rechts, findet sich eine ziemlich reichliche Sekretion mit nur wenig fest anhaftenden Krusten, welche graugrünlich sind, ohne bemerkenswerten Geruch und welche durch ihre Anhäufung das Atmen durch die Nase erschweren. Die Nasenmuscheln sind stark atrophisch, ihre Oberfläche blaſs, uneben, besetzt mit einer Anzahl von papillomatösen Wucherungen von blaſsgrauer Färbung. Hauptsächlich trägt die rechte untere Muschel solche Erhebungen; die Nasenscheidewand derselben Seite zeigt 2 kleine Erhebungen und die linke untere Muschel ebenfalls einige. Es wurden kleine Erhebungen der Schleimhaut mit der Schlinge entfernt und einige Partikelchen in die Leibeshöhle eines Meerschweinchens gebracht, mit allen Vorsichtsmaſsregeln, wie sie von Leloir zu diesem Zwecke angegeben worden sind. „Das am 20. Juni 1888 geimpfte Tier stirbt am 28. November. Autopsie ergibt eine an Volumen vergröſserte Milz, durchsetzt mit Tuberkeln, welche von runder Form sind. Mesenterialdrüsen von Erbsen- und Haselnuſsgröſse. Leber durchsetzt von Knötchen und tuberkulösen Massen. Lungen gesund. Lymphdrüsen an der Trachea, Bronchien, im Mediastinum sämtlich geschwollen. Man bringt unter die Haut eines Kaninchens ein Stück der Milz; das Tier stirbt am 2. Januar 1889 an allgemeiner Tuberkulose." (Notiz von Leloir.)

Ebenso beweist die histologische Untersuchung die Lupusnatur der exstirpierten Stücke der Nasenschleimhaut. Nach Leloir findet man in den mit Pikrokarmin gefärbten Schnitten die gewöhnlichen Charaktere des Lupus und auſserdem die atypische myxomatöse Form (Kongreſs für Tuberkulose, Juli 1888, Leloir), bei welcher

schleimige Degeneration an bestimmten Rundzellenherden auftritt. Im Übrigen Knötchen aus Rundzellen, welche im Innern oder am Rande einige Riesenzellen zeigen; kolloide Degeneration der innern Wand einiger Gefäfse; sehr ausgesprochene Atrophie der Schleimhautepidermis, besonders über den Papillen. In einem Schnitt auf 20 finden sich mit der Methode von EHRLICH zwei Tuberkelbacillen."

Tavernier-Lille.

γ. Syphilis.

Syphilis — indirekte Übertragung, von Dr. DUBOIS-HAVENITH. (*Presse médicale belge.* 2. März 1890.) Eine 60jährige Frau zeigt einen harten Schanker an der Unterlippe, welcher zur Hälfte auf der äufseren, zur Hälfte auf der Schleimhaut sitzt. Sie ist indirekt, durch Glas oder Löffel oder Gabel, von ihrem 18jährigen Enkel angesteckt worden, welcher aufser Hautsyphiliden auch Erosionen der Zunge und der Lippen aufweist. — 3 Wochen später stellt sich eine neue Kranke in der Poliklinik mit einem harten Schanker der Unterlippe vor, welcher in Bezug auf Sitz, Aussehen, Drüsenschwellung dem vorigen vollständig gleicht. Diese Kranke ist eine junge Frau von 25 Jahren, im 7. Monat schwanger. Es stellt sich nun heraus, dafs die junge Frau die Tochter der ersten Kranken ist und dafs sie ihre Mahlzeiten bei ihrer Mutter einnimmt, ohne jedoch bei ihr zu wohnen. Der Mann der jungen Frau ist seit einigen Wochen abwesend, und es ist fraglich, ob er bei seiner Rückkehr der Ansteckung entgehen wird. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Atypische Lymphdrüsenerkrankungen bei Syphilis, von Dr. BRUNELLE (*Thèse de Lille.* 1889.) LELOIR hat in seiner „Klinik von 1887" gesagt, dafs er schon seit 1880 seine Aufmerksamkeit auf atypische, syphilitische Adenitis gerichtet hätte, welche zur Vereiterung führt oder sich unter der Form von enormen Lymphdrüsenschwellungen oder einer chronischen Entzündung zeigt. Verf. geht von dieser Beobachtung aus und überblickt zuerst kurz die gewöhnlichen Eigenschaften der syphilitischen Lymphdrüsenerkrankungen. Von den atypischen Formen trennt er alsdann diejenigen, welche zur Vereiterung führen, weil der harte Schanker dann durch einen weichen kompliziert ist. Die übrigen, sonst noch vorkommenden atypischen Lymphdrüsenerkrankungen bei Syphilis können nun in allen 3 Perioden auftreten: in der ersten Periode als Komplikation des harten Schankers; in der Sekundärperiode zu gleicher Zeit mit anderen syphilitischen Erscheinungen oder ohne dieselben; in der tertiären Periode, wenn keine spezifischen Läsionen mehr vorhanden sind. In klinischer Hinsicht teilt Verf. die Adenitiden in 2 grofse Gruppen: in akute und subakute oder chronische. Die erste Gruppe zerfällt in zwei Unterarten: 1. die syphilitischen Lymphdrüsen vereitern allein, 2. mit ihnen zusammen auch das umgebende Bindegewebe. Diese erste Gruppe ist besonders häufig in der Primärperiode, aber auch sehr häufig in der Sekundärperiode. Die zweite Gruppe zerfällt 1. in die subakuten oder chronischen Adenitiden und Periadenitiden, welche nicht zur Vereiterung führen und 2. in solche, welche zur Vereiterung führen und dann die syphilitischen Geschwüre bilden. Bei der ersten Form vergröfsern sich die Lymphdrüsen, das umgebende Bindegewebe entzündet sich auch und es geht daraus ein Tumor hervor, welcher aus 4 oder 5 Drüsen mit ihrem Zellgewebe besteht, welcher hart, resistent, knorpelartig ist. „Haben sie sich soweit entwickelt, sagt LELOIR, so gehen sie entweder wieder zurück, oder der Tumor wird nekrotisch. Es bilden sich Erweichungsherde, welche fluktuieren, sich öffnen und Fisteln bilden. Solche Läsionen erinnern dann an skrofulöse Geschwüre."

„Die zweite Form anlangend, sagt Leloir, so sieht man bei einem Syphilitiker in vorgerücktem Stadium eine oder mehrere Lymphdrüsen anschwellen und bald darauf eine Periadenitis auftreten. Die Haut wölbt sich vor, dann erscheinen rötliche, violette Erhebungen, unter denen man bald Fluktuation konstatiert. Es bilden sich Ulcerationen und Fisteln, aus denen unaufhörlich eine seröse oder caseöse Flüssigkeit heraussickert. Die Ränder der Geschwüre sind häufig abgehoben und bilden später unregelmäfsige eingezogene Narben, wie bei skrofulösen Geschwüren.“ Solche syphilitische Geschwüre kommen unter verschiedenen Umständen vor: 1. Skrofulöse Geschwüre auf einem syphilitischen Boden entwickelt, eben so wie sie sich auch anderswo auf einem dazu disponierten Boden entwickeln würden. — 2. Echte syphilitische Geschwüre, welche sich in Lymphdrüsen und dem umgebenden Bindegewebe entwickeln, echte syphilitische Gummen, wie aus der spezifischen Behandlung erkenntlich ist. — 3. Gemischte Geschwüre, welche eine Verbindung von Syphilis und Skrofulose sind.

In dem Kapitel über Diagnose bespricht Verf. die Differentialdiagnose dieser Lymphdrüsenerkrankungen. Wenn die klinischen Charaktere, wie es mitunter der Fall ist, nicht entscheidend sind, so mufs man, wie es in der Klinik von Leloir geschieht, seine Zuflucht zur experimentellen Inokulation nehmen, welche positiv ausfällt, wenn man es mit skrofulösen Geschwüren zu thun hat. Anderseits hat auch die spezifische Therapie ihren Nutzen, welche, mit Erfolg angewandt, die syphilitische Natur der Geschwüre beweist, welche, wenn sie dagegen ohne Erfolg oder gar schädlich wirkt, für die Gegenwart skrofulöser Geschwüre spricht. Wenn gemischte Geschwüre vorliegen, so hat eine antisyphilitische Kur nicht den vollständigen und relativ schnellen Erfolg, wie bei rein syphilitischen Geschwüren. Das syphilitische Element wird zwar vernichtet, aber die Skrofulose entwickelt sich ungestört weiter.

Tavernier-Lille.

Beitrag zum Studium der Residuen des harten Schankers, von Dr. A. Monin. (*Thèse de Lille.* 1889.) In dieser sich auf eine grofse Zahl von Beobachtungen an der Klinik von Leloir stützenden These verteidigt Verf. die von seinem Lehrer und der Schule von Lyon ausgesprochene Ansicht, dafs der harte Schanker sowohl der Haut wie der Schleimhaut sehr oft eine Narbe hinterläfst. Zwar ist diese Narbe oft so klein und oberflächlich, dafs man sie mit der Lupe oder besser noch bei schräger Beleuchtung aufsuchen mufs. Verf. beweist aus der Statistik der Klinik von Lille, dafs die Narbe bei 46 in 100 Fällen lange Zeit nach dem Verschwinden des harten Schankers zu finden ist. Verf. bespricht ausführlich das verschiedenartige Aussehen der Narben und gibt eine Beschreibung und Histologie von keloidartigen Narben, auf welche Leloir in seinen Vorlesungen über Syphilis (A. Delahaye, Paris 1885) hingewiesen hat. Ferner untersucht Verf. die im Niveau der Narbe auftretenden kongestiven Erscheinungen, welche von Leloir 1884 beschrieben wurden. Es folgt dann die Pathogenie der Narben und die Histologie derselben nach den Untersuchungen von Leloir. Zum Schlufs Betrachtungen über den Wert der Narben bei der Diagnose, Prognose und in gerichtlich-medizinischer Hinsicht.

Tavernier-Lille.

Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie, von E. Finger. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Der Verf. betrachtet die Syphilis von folgenden drei Gesichtspunkten aus:

1. Örtliche Symptome sind die Resultate der lokalen Vermehrung der Parasiten, bei deren Entwickelung übrigens auch sowohl das Kontagium, als dessen Stoffwechselprodukte beteiligt sind, die also Resultat mechanischer und chemischer

Momente darstellen, wobei die Spezifizität der Krankheitsherde zweifellos auf die spezifische, chemische Wirkung zurückzuführen ist.

2. Die Allgemeinerscheinungen und wohl auch manche örtliche Erscheinungen (welche letzteren dann bei Untersuchungen darauf die Mikroorganismen vermissen lassen), sind nicht durch das Virus, sondern durch dessen Stoffwechselprodukte, also durch rein chemische Aktion erzeugt.

3. Die Immunität in allen ihren Abstufungen ist gleichfalls als Resultat chemischer, durch die Stoffwechselprodukte vollführter Aktion zu betrachten.

Diese drei Thesen werden des näheren beleuchtet und scharf logisch gegen etwaige Einwände verteidigt. Am interessantesten ist das Kapitel über die Immunität, aus dem wir trotz des beschränkten, uns zu Gebote stehenden Raumes einige Einzelheiten herausgreifen wollen, z. B.: „Der negative Erfolg der Syphilisimpfungen beweist nicht mehr und nicht weniger, als dafs diese Individuen (die Geimpften) immun sind, nie aber, dafs sie noch syphilitisch sind. Variola- Typhus- und Scharlachkranke bleiben ja auch nach einmal durchgemachter Erkrankung jahrelang gegen Reinfektion immun. Wird man aus dieser Thatsache schliefsen, dafs sie jahre-, ja lebenslang variola-, typhus- oder scharlachkrank sind?“ . . . „Abgesehen von der Analogie mit den übrigen Infektionskrankheiten spricht aber noch ein Umstand wesentlich dafür, die unleugbare Thatsache, dafs unter gewissen Verhältnissen Immunität gegen Syphilis von Individuen acquiriert werden kann, die nie selbst an Syphilis erkrankten.“ Und damit kommt F. auf das Kapitel der hereditären Syphilis zu sprechen.

Zuerst protestiert F. gegen die Zusammenwerfung von Immunität mit „latenter“ Syphilis, (z. B. der Mutter), welche letztere F. überhaupt nicht anerkennt. Denn „die Immunität der gesunden Mutter vom Vater her syphilitischer Kinder ist das Produkt der per placentam erfolgten Diffusion von immunisierenden Stoffwechselprodukten des syphilitischen Virus vom Fötus zur Mutter.“ Oder ferner: „In merkwürdiger Inkonsequenz gegenüber der Annahme, die Mutter vom Vater her syphilitischer Kinder seien, weil immun, latent syphilitisch, ist es bisher keinem Autor eingefallen, die so erworbene Immunität der Kinder auch als latente Syphilis zu deuten, sie wird vielmehr allseitig als ererbte Immunität gedeutet.“ Nach Verf. Ansicht ist daher die Immunität ausschliefslich auf die Stoffwechselprodukte zurückzuführen.

„Das „tertiäre“ Stadium betreffend, glaubt Verf. dasselbe nicht als Produkt des spezifischen Virus, sondern als Diathese, als Nachkrankheit der Syphilis betrachten zu müssen und begründet dies mit:

1. Der relativen Seltenheit der tertiären Erscheinungeu.
2. Mit dem späten Auftreten der tertiären Erscheinungen nach der Infektion.
3. Mit der Differenz der Krankheitsbilder.
4. Mit der Nichtkontagiosität der tertiären Produkte.
5. Tertiäre Syphilis ist hereditär nicht übertragbar.
6. Individuen mit tertiärer Syphilis sind Reinfektionen mit Syphilis zugänglich.
7. Die differente chemische Reaktion sekundärer und tertiärer Affekte.
8. Die Thatsache, dafs tertiäre Erscheinungen, gleich der Immunität, auch bei Individuen entstehen können, die nie vorher die Zeichen virulenter Erkrankung, primäre und sekundäre Symptome, darboten.“

Im Gegensatz zu vielen in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten ähnlichen Inhalts bereitet die Abhandlung Fingers dem Leser einen wirklichen Genufs, sie ist frei von allen absurden Hypothesen und falschen Argumenten, und wenn man den Schlufs gelesen, legt man die Abhandlung mit Befriedigung zur Seite.

Wir können daher unseren Lesern die Lektüre dieser Arbeit nur empfehlen.

P. Taenzer-Leipzig.

Beitrag zur Frage von den post mortem des harten Schankers auftretenden Krankheitserscheinungen. (Lokales Wiederauftreten des Virus im Niveau oder in unmittelbarer Umgebung der Eintrittsstelle desselben), von Dr. Pache (*Thèse de Lille.* 1890.) Verf. geht von der Ansicht Leloirs aus, dafs der Schanker anfangs wenigstens rein lokal ist und dafs, da im Gebiete des Schankers zuerst die gröfste Menge des Virus angesammelt war, auch diese Hautpartie noch lange nach dem Verschwinden des Schankers eine gröfsere Menge des syphilitischen Giftes einschliefst, dafs mit anderen Worten das Gift im Gebiete des geheilten Schankers mehr oder weniger lange vorhanden sein kann, ohne Symptome hervorzurufen, dann aber wieder auftritt und verschiedene Krankheitserscheinungen bedingt. Verf. bespricht 1. die Erosionen, welche im Gebiete des in der Heilung begriffenen oder eben vernarbten Schankers auftreten; 2. das schankerartige Syphilom (Leloir) in seinen Varietäten; 3. die Syphiliden, welche nicht die Eigenschaften des harten Schankers an sich tragen und welche lange nach seinem Verschwinden auf der Narbe oder in ihrer Umgebung erscheinen. Das schankerartige Syphilom anlangend, so beweist Verf. an der Hand zahlreicher Beobachtungen die Ansicht von Leloir, dafs jenes Syphilom als ein lokales Recidiv des syphilitischen Virus aufzufassen ist und dafs dasselbe in sehr vielen Fällen andere syphilitische Erscheinungen ankündigt. Er berichtet hierzu über einige Fälle von schankerartigem Syphilom, welches dem Auftreten von Syphilis im Gehirn, Kehlkopf etc. voranging oder dasselbe begleitete. Was die Syphiliden betrifft, welche rings um oder in der Nachbarschaft von der einst von dem Schanker okkupierten Hautpartie auftreten, so entwickelt Verf. die Idee von Leloir, dafs ebenso wie bei der Skrofulose das Wiederaufleben des Virus und die darauf folgenden Hautveränderungen nicht im Niveau der Narbe stattfinden, sondern in der Umgebung. Nach den Beobachtungen von Leloir bespricht Verf. zwei noch nicht beschriebene Abarten von Syphiliden, welche in dem Gebiete der Geschlechtsteile vorkommen. Das eine erinnert bei seinem Auftreten an Herpes präputialis und tritt um die Narbe auf, wie wenn das Virus, welches an seiner Eintrittsstelle latent geblieben ist, zuerst auf die Talgdrüsen der Eichel gewirkt hätte. Dieses Syphilid unterscheidet sich von Herpes 1. durch die Unmöglichkeit, Flüssigkeit auszudrücken, 2. durch die etwas gröfsere Tiefe der Ulceration, 3. durch seine Dauer, 4. durch die Wirkung der lokalen Hg-Behandlung, 5. durch das Zusammentreffen mit anderen syphilitischen Ausschlägen, besonders mit Lichen syphiliticus. Die zweite Abart besteht aus Lichen syphiliticus, welcher den kleinen Knötchen von Lichen planus zum Verwechseln ähnlich ist; sie kommt häufig zusammen mit der ersten vor. Verf. untersucht des weiteren den allgemeinen Verlauf der lokalen Recidive des syphilitischen Giftes, betont ihre symptomatische und prognostische Bedeutung als Vorläufer von anderen syphilitischen Erscheinungen (Leloir). Verf. macht nach Leloir auch auf den Einfluſs aufmerksam, welchen die Jahreszeiten auf das Auftreten lokaler Recidive haben können und schliefst mit den Folgerungen, welche aus der Kenntnis dieser Recidive an der Stelle und in der Umgebung des früheren harten Schankers für die Therapie sich ergeben. Nach Leloir ist hier hauptsächlich die lokale Behandlung notwendig, denn die Allgemeinbehandlung hat nur geringen Einfluſs. Bei häufigen Recidiven ist an der Stelle und auf der Umgebung des Schankers Hg-Pflaster zu verwenden. Da aber diese lokalen Recidive oft nur einem allgemeinen Ausbruch der Syphilis vorangehen, so ist auch die Allgemeinbehandlung nicht zu vernachlässigen. *Tavernier-Lille.*

Syphilitische Kniegelenkswassersucht, von Dr. Trinkler in Charkow. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 26.) Zwei Fälle von syphilitischer Kniegelenks-

affektion werden vom Verf. beschrieben, bei denen normale Temperatur und vollkommene Schmerzlosigkeit beim Gehen bestand. Auf diese beiden Punkte legt Verf. in differentialdiagnostischer Beziehung Wert, indem das Bewegungsvermögen bei Erkrankungen aus anderen Ursachen (Tuberculosis, Arthritis urica, gonorrhoica etc.) beeinträchtigt ist. Aufserdem ist der Hydrops gewöhnlich von einer osteoperiostalen Entzündung begleitet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Lippensyphilis, von Dr. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 27.) In der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 4. Juni stellte B. einen 31jährigen Patienten, der von einem andern am 1. März in die Lippe gebissen wurde. Die dadurch erzeugte Wunde vernarbte nach 2—3 Tagen, nach 6 Wochen begann die Narbe aufzubrechen und schwoll im Laufe der nächsten Wochen bedeutend an, so dafs nach weiteren 5 Wochen die rechte Hälfte der Oberlippe in eine über thalergrofse, brettharte Geschwulst verwandelt war, an der Schleimhautseite eine zweimarkstückgrofse Ulceration mit speckigem Belag. Die Submaxillar- und Kieferwinkeldrüsen waren zu einem unförmlichen Paket angeschwollen, leicht empfindlich; der Patient konnte kaum noch schlucken. Sehr bald stellte sich das Exanthem ein. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die venerischen Krankheiten in den Armeen, von R. Töply. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Ein auch nur den kleinsten Teil dieser fleifsigen, statistischen Arbeit wiedergebendes Referat zu geben, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Wir müssen daher diejenigen, welche sich dafür interessieren, auf das Original verweisen.
P. Taenzer-Leipzig.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Behandlung der Krätze im Hospital St. Pierre-Brüssel, von Prof. de Smet. (*La Clinique.* 15. Mai 1890.) Diese Methode setzt sich zusammen aus einer Vorbereitung, der eigentlichen Behandlung und der Nachbehandlung. Die Vorbereitung besteht aus einem heifsen, alkalischen, halbstündigen Bade (250 gr Kaliumcarbonat auf 20 Liter Wasser). Der Kranke wird besonders an den Lieblingsplätzen der Milben energisch frottiert, um die Gänge zu öffnen. Als eigentliche Behandlung folgt das Einreiben gelösten schwefelsauren Kalks mittels einer ziemlich weichen Bürste aus Tierhaaren. Während dieser Operation ist Patient einem ziemlich starken Feuer ausgesetzt, um das Trocknen der Flüssigkeit zu begünstigen. Das Einreiben und das dem Feuer Aussetzen dauert 20—30 Minuten. Die Formel für das Mittel ist:

Ungelöschter Kalk	1 Kilogr.
Schwefelblumen	2½ „
Wasser	10 „

Für 10 Einreibungen, d. h. 1 Liter pro Einreibung.

Nachbehandlung: Ein erweichendes oder schwach alkalisches Bad gegen die Reizung. Dieses Bad soll ½ Stunde dauern, so dafs die gesamte Procedur 1½ Stunde dauert. —

Recidive rühren davon her, daſs man manchmal vernachlässigt, die Kleider, das Bettzeug, die Matratzen zu desinfizieren. In bestimmten Wohnungen Brüssels herrscht die Krätze beständig. Im Hospital St. Pierre wird bei einer Temperatur von ca. 200° desinfiziert. — Zum Schluſs bespricht Verf. noch die Behandlung der Komplikationen, welche durch Kratzen, Reiben, Unreinlichkeit, reizende Heilmittel hervorgerufen werden, und schlägt dafür erweichende Bäder, Leinöl mit Kalkwasser, 10 % Salbe von Perubalsam vor. Wenn nach einigen Tagen die Komplikationen verschwunden sind, ist das Einreiben streng zu untersagen, und wird es ersetzt durch Schwefelbäder ohne Friktionen, durch Salbe von HELMERICH oder durch Auftragen von gelöstem schwefelsaurem Kalk auf die Stellen, an denen man noch die Milbe vermutet.

Dubois-Havenith-Brüssel.

Über einen Fall von Pityriasis rubra, von PETRINI et BABES. (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.* 1890.) Es handelt sich um einen typischen Fall der Pityriasis rubra HEBRA. Derselbe ist ausführlich mitgeteilt. Eine beigefügte Farbendrucktafel dient zur Erläuterung des histologischen Befundes.

Türkheim-Hamburg.

b. *der Cutis.*

Die Behandlung der Sycosis, von OHMANN-DUMESNIL. (*St. Louis Med. and Surg. Journal.* March. 1890.) Verf. definiert die Krankheit nach dem Vorgange von HYDE als eine akute oder chronische, nicht ansteckende entzündliche Affektion, bei der die Haarfollikel und das perifollikuläre Gewebe einen Exsudationsprozeſs durchmachen, dessen Endeffekt Pusteln, Knötchen, krustige, von Haaren durchbohrte Infiltrate darstellen.

Im weiteren gibt uns der Verf. ein kurzes klinisches Bild von der Krankheit, deren bisherige unzulängliche und wenig erfolgreiche Behandlung sich dadurch erklären läſst, daſs einmal in einer Anzahl von Fällen die tieferen Teile der Wurzelscheide von der Affektion ergriffen und der unmittelbaren Applikation der Heilmittel unerreichbar sind, und zweitens die Hautdecke sich in einem derartigen Reizzustande befindet, daſs der Gebrauch gewisser Reizmittel zur Bekämpfung der chronischen Perifolliculitis eine Verschlimmerung der Affektion zur Folge hat. In anderen Fällen schreitet die Heilung rasch vorwärts, und es muſs für die Behandlung der Sycosis von Interesse sein, nach den Gründen dieser Erscheinung wie nach den Ursachen der Krankheit überhaupt zu forschen, um eine rationelle, auf dieser Untersuchung basierende Heilmethode finden zu können.

Im Folgenden wirft Verf. einen kurzen Rückblick auf die Arbeiten von UNNA, TOMMASOLI, BOCKHART über die Sycosis und geht dann zu seiner Behandlungsmethode über, die er in einen therapeutischen und in einen prophylaktischen Teil geschieden wissen will. — Der erstere besteht wesentlich in einer möglichst umfangreichen Epilation der erkrankten Haare, in der Entfernung des Eiters aus den Haarfollikeln, und, nachdem dies geschehen, in der Applikation einer Karbolsäure-Kamphorsalbe. Ist die Heilung beendigt, so tritt die prophylaktische Nachbehandlung ein. Tägliches Rasieren am Morgen unter strenger Desinfizierung der Rasiergegenstände, hierauf Applikation einer $^1/_2$—1‰igen Sublimatlösung, welche auch in der Nacht angewendet werden kann, oder durch eine milde Lanolinsalbe ersetzt wird. Unter dieser einfachen Behandlung hatte Verf. sehr gute Resultate zu verzeichnen.

Berliner-Hamburg.

Über die Folliculitis und Perifolliculitis der Spinner und Weber, von Eugène Wargnier. (*Thèse de Lille.* 1889.) Die Arbeit bringt aufser einigen eigenen Beobachtungen und einer selbständigen Statistik eigentlich nur Auszüge aus einer Abhandlung Leloirs über den nämlichen Gegenstand. Da die genannte Abhandlung, welche in den *Annal. de Dermat. et de Syphiligr.* 1889, Heft 8—9 erschien, in diesen Monatsheften bereits referiert wurde, so genügt wohl ein Hinweis auf dieses Referat. (S. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. IX. pag. 530.)

Türkheim-Hamburg.

Eiterungen der Haut im Gefolge der Influenza, von H. Leloir. (*Bulletin médical.* 1890. No. 11.) Leloir hat bei 14 Influenza-Rekonvaleszenten am 3. bis 8. Tage nach der Entfieberung, das Auftreten von Furunkeln und Karbunkeln, die fast immer am Hals oder Nacken safsen, beobachtet. Er hält einen ursachlichen Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten um so mehr für wahrscheinlich, als bei keinem der 14 Patienten vorher eine Neigung zu Furunkulose bestanden habe und glaubt die im Blut von Influenza-Kranken nachgewiesenen Eiterkokken als Ursache der Furunculosis bezeichnen zu dürfen. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Therapie des Lichen ruber, von Dr. F. Broes van Dort. (Aus Lassars Klinik.) (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 27.) Auf Lassars Klinik hat Verf. ein Verfahren kennen gelernt, von dem er sagt, dafs er dessen prompte Wirksamkeit nur empfehlen könnte, und das aufserdem ganz dazu geeignet ist, die Natur des Lichen ruber als die einer lokal-infektiösen Lymphangitis zu kennzeichnen. Wenn man mit der Spitze eines Pacquelinschen Thermokauters oder noch besser mit der fein zugespitzten galvanokaustischen Schlinge die einzelnen Knötchen der Licheneruption während des Bruchteils einer Sekunde leicht sengend berührt, erlischt im selben Augenblick das Jucken, um gewöhnlich an Ort und Stelle nicht wiederzukehren. Der Eingriff selbst ist, mit der nötigen Schonung und Schnelligkeit ausgeführt, als ein kaum nennenswerter zu bezeichnen. Die Brandschörfchen sind bei behutsamem Vorgehen so gering, dafs es einer Nachbehandlung nicht bedarf.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die heutigen Methoden der Erysipelbehandlung, von Dr. Hermann Frank. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25. 26. 27.) Verf. stellt alle bis jetzt bekannten Erysipelbehandlungen zusammen und empfiehlt schliefslich die von Hebb angegebene Methode, einen Streifen Lint mittels Kollodium so scharf um den betreffenden Körperteil zu ziehen, dafs das Band eine Furche bildet und die Haut komprimiert. *L. Hoffmann-Berlin.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Das verkalkte Epitheliom, von W. v. Noorden. (Bruns, *Beiträge zur klin. Chirurgie.* Mitteilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. Bd. III.) Verf. beschreibt einen Fall des sehr seltenen verkalkten Epithelioms, der auf der Tübinger chirurgischen Klinik zur Beobachtung kam. Der Tumor war bei der Patientin in ungef. $^3/_4$ Jahren bis zu Gänseeigröfse gewachsen, safs am Proc. mastoidens, war steinhart, schmerzhaft. Entfernung mit dem Messer, glatte Heilung. Mikroskopischer

Befund: Tumor von alveolärem Bau mit eingeschlossenen Epithelialzellen und von Kalkkonkrementen durchsetzt. — Aufser diesem finden sich in der Litteratur bis jetzt erst 19 Fällen veröffentlicht; alle diese Fälle erwiesen sich bei Vergleichung als alveoläre, encystierte Epithelialgeschwülste mit regressiver Verkalkung von Bindegewebe und Zellen. — Verf. kommt dann auf die pathologische Natur dieser Geschwulst zu sprechen, vergleicht sie mit Atherom und Cancroid und kommt zum Schlufs, dafs es sich um eine karcinomatöse Neubildung handle, die aus unbekannten Gründen günstig verlaufe. — Einige statistische Angaben über das Vorkommen des Tumors, sowie die auszugsweise mitgeteilten übrigen 19 Fälle beschliefsen die Arbeit. *Türkheim-Hamburg.*

II. Benigne.

Über Molluscum contagiosum, von Henry W. Stelwagon. Vorläufige Mitteilung. (*Transactions of the Amer. Dermat. Association.* 1888.) Verf. berichtet über 32 selbstbeobachtete Fälle, die alle in geschlossenen Anstalten vorkamen. Er ist der Ansicht, dafs das Molluscum contagiosum sein Prädikat mit Recht führe und von Körper zu Körper übertragbar sei, wiewohl die Impfungen bis jetzt noch fast immer erfolglos blieben. — Bei der Besprechung, die an diesen Vortrag sich anknüpfte, wurden die Ansichten des Redners im allgemeinen bestätigt.

Osteome der Ferse, von W. v. Noorden. (Bruns, *Beiträge zur klin. Chirurgie.* Mitteilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen.) Die Erscheinung von Osteomen in der Ferse ist sehr selten. Verf. weifs nur zwei Fälle aus der Litteratur anzuführen, ist dafür aber in der glücklichen Lage, die betreffende Kasuistik um zwei weitere Fälle, die auf der Brunsschen Klinik operiert wurden, bereichern zu können. Es handle sich beim Zustandekommen dieser Osteome um verirrte Teile der Skelettanlage; die Neubildung entspreche den oft beobachteten Exerzier- und Reitknochen, sei also eine Art „Gehknochen." *Türkheim-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

II. Specifische.

Alopecia areata nach Verletzungen, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Clinique.* Febr. 1890.) Der Verf. teilt 2 dieser seltenen Fälle mit. In dem einem Fall entwickelte sich die Alopecia areata bei einem 16jährigen nervösen Menschen, etwa 4 Wochen nach einer Kopfverletzung (es war ihm eine Dachpfanne auf den Kopf gefallen). Der zweite Fall betraf einen Mann von 42 Jahren, bei dem das Leiden nach Sturz von einer Leiter sich einstellte. *Türkheim-Hamburg.*

Das Sklerema der Erwachsenen und seine Entstehung, von Dr. Bock. (*La Clinique,* Brüssel, 6. März 1890.) Ein 19jähriges Mädchen, welches bei geöffnetem Fenster geschlafen hatte, fühlt am nächsten Morgen eine Härte der Gesichtshaut und eine Spannung bei Bewegungen der Gesichtsmuskeln. Nach einigen Tagen zeigt der ganze Kopf, mit Ausnahme der Ohren und des behaarten Teiles, ein festes, weifses, nicht eindrückbares Ödem. Dieses Ödem setzt sich auf der Brust bis unter die Brüste und auf den Armen bis zu den Vorderarmen fort. Auf dem Rücken und sonst

keine Veränderung. Die Haut an jenen Regionen ist dreifach verdickt, weifs, fest, kalt beim Berühren, aber keine Sensibilitätsstörungen. Die Gesichtszüge sind starr, die Augenlider schliefsen sich schwer, das Kauen ist beschwerlich und schmerzhaft. Die Brüste stehen hervor, sind vollkommen rund, ohne Einziehung der Warze. Das einzige subjektive Symptom sind heftige Kopfschmerzen. Hereditär ist nichts zu erwähnen. Patientin ist etwas hysterisch und hat einen Anfall von Katalepsie durchgemacht.

Verf. führt die eben beschriebenen Hautveränderungen auf den Einfluſs der Kälte zurück, welche auf die durch übertriebene Sensibilität des Nervensystems dazu prädisponierte Person gewirkt hat. Eine vasomotorische Störung bringt dieses feste Ödem hervor, welches, verbunden mit einem Krampfe aller Hautmuskeln die Affektion vorstellt, welche als Sklerema bezeichnet wird.

Die Affektion ist nach einer mehrmonatlichen Behandlung, welche in Einreibungen, Massage, einfachen, Schwefel- und Dampfbädern bestand, verschwunden. Die Haut ist wieder normal geworden und zeigt keine Atrophie. Die Heilung besteht bereits seit einem Jahre, aber von Zeit zu Zeit treten immer unter dem Einflusse von Kälte im Gesicht, auf der Brust und den Armen kleine Ausbrüche wieder auf, welche von selbst nach einigen Tagen verschwinden. — Mit Rücksicht auf diesen Verlauf betrachtet der Verf. diesen Zustand der Haut als Analogon zu den Zuständen der Muskelkontrakturen, welche bei hysterischen oder bei einfach nervösen Personen auftreten. Hier hat sich die Kontraktur auf die Muskeln der Haut und der Gefäfse beschränkt. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Xeroderma pigmentosum (Kaposi), **Melanosis lenticularis progressiva** (Pick), von A. Elsenberg. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Sehr ausführlicher Bericht über einen Fall von obiger Krankheit bei einem Mädchen von 12 Jahren. Die Krankheit entstand im sechsten Lebensmonat als Sommersprossen, aus denen sich erst im vierten Jahre an Gröfse langsam zunehmende Knötchen bildeten, welche von dunkelroter Farbe waren, zum Teil einen dünnen Stiel hatten. Dieselben wurden teils unterbunden, teils mit Ätzmitteln zerstört, doch kehrten sie in verstärktem Mafse wieder, so dafs z. Z. der Aufnahme in des Verf.s Abteilung das Gesicht derartig von Knoten entstellt war, wie man es nur bei den ausgeprägtesten Formen der Lepra tuberosa zu sehen gewohnt ist. Aufser den Knoten im Gesicht fanden sich noch solche auf den Oberschenkeln, Handrücken. Die Kranke starb an interkurrierender Pericarditis und fanden sich bei der Sektion auch Knötchen auf der Milz.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich die Geschwülste teils als Spindel-, teils als Rundzellensarkome oder auch als Riesenzellensarkome. An manchen Stellen war Kolloiddegeneration eingetreten. Ein Knötchen vom Oberschenkel zeigte die Struktur eines aus den Talgdrüsen und Haarscheiden entstammenden Carcinoms. Pigment war nur an wenigen Stellen vorhanden. *P. Taenzer-Leipzig.*

Über den Favuspilz bei „Favus herpeticus", von A. Elsenberg. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) Entgegen den Resultaten Quinckes, welcher für den Favus herpeticus den α-Pilz, und für den Favus vulgaris den γ-Pilz in ätiologische Beziehungen bringt, fand E. in beiden Favusformen nur einen dem Quincke schen γ-Pilz ähnlichen Pilz, niemals den α-Pilz und schliefst daraus (trotzdem Impfungen nicht vorgenommen wurden. Ref.), dafs beide Favusformen nur klinisch verschiedene Stadien einer durch denselben Pilz hervorgerufenen Krankheit sind.

P. Taenzer-Leipzig.

J. Jadassohn liefert eine **„Bemerkung zu der Arbeit Elsenbergs“** (ebendaselbst), in der er Elsenbergs Vorwurf, „Jadassohn habe Elsenbergs zwei Varietäten desselben Pilzes für 2 verschiedene Pilze erklärt“, auf Elsenberg selbst zurückweist, weil Letzterer die beiden Varietäten so beschrieben habe, dafs man eben 2 verschiedene Pilze anzunehmen gezwungen war. *P. Taenzer-Leipzig.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Einige praktisch wichtige Punkte bei der Behandlung der Urinverhaltung, von G. Buckston Browne. (*Brit. med. Journ.* 1890. März 15.) Verf. bespricht einige wichtige Mafsregeln bei Behandlung einmal der Harnverhaltung infolge von Harnröhrenstriktur und zweitens derselben bei Prostatahypertrophie. In ersteren Fällen gebraucht er erst einen weichen, elastischen Katheter; geht derselbe nicht durch, so greift er sogleich zu seinen konischen Stahlbougies; dieselben sind am Schaft um 2 Nummern (englisch) dicker als an der Spitze und werden aus feinstem, poliertem Stahl angefertigt. Die sogen. Listers sounds mit ihrem verdickten Ende verwirft er: eine olivenförmige Endigung der Bougies sei allerdings nützlich aber nur bei einem biegsamen Halse. Bei Einführung der Metallsonden pflegt er stets zu anästhesieren, dann einen Finger ins Rektum zur Kontrolle einzuführen und nach Dehnung der Striktur einen weichen, nie einen silbernen Katheter zum Verweilen einzulegen. In Bezug auf die interne Urethrotomie bemerkt er: 1. sie beseitigt in vielen Fällen die bei denselben nach jeder Einführung eines Katheters eintretenden Schüttelfröste; 2. sie beseitigt oft eine bestehende Blasenatonie; 3. bei Abscefs im Perineum kann man bei rechtzeitigem Eingreifen unbeschadet auch die Urethrotomie neben Eröffnung des Abscesses ausführen.

Bei Urinverhaltung infolge von Vergröfserung der Prostata ist das nützlichste Instrument ein weicher Bicoudée-Katheter, das zweitbeste ein gewebter Coudée. Man vergesse nicht, dafs bei beträchtlicher Prostatahypertrophie der Weg in die Blase bei aufrechter Stellung des Patienten gelegentlich von hinten nach vorne verläuft. Ferner, dafs ein dicker Katheter oft an den Falten und Taschen vorbeigleitet und in die Blase dringt, während dies mit einem dünnen Katheter nicht gelang. Man gebrauche nie ein Metallinstrument als Verweilkatheter. Gelegentlich kann eine Bleistilette zu diesem Zweck sehr nützlich sein. Entsteht eine sogen. Prostatastriktur, so soll man mit stählernen Dilatatoren erweitern und acht Tage lang einen weichen Katheter in der Urethra liegen lassen; eventuell die Urethrotomia interna ausführen. Das Katheterfieber beruht auf Nervenreizung, Shok. Die Unterdrückung der Urinsekretion ist bei der reichlichen Nervenentwickelung zwischen Urethra und Nieren leicht erklärlich. Wenn es infolge von Bildung von Blutgerinnseln unmöglich wird, den Urin durch Katheter zu entleeren, so gebe man wiederholt Narcotica und lasse den Urin in der Blase sich ansammeln. Nach 48 Stunden sind die Blutgefäfse durch Gerinnsel verschlossen und die freien Gerinnsel werden durch den Urin aufgelöst. Zuweilen gelingt es auch durch Saugwirkung das verschliefsende Blutgerinnsel aus dem Katheter zu entfernen. Wenn infolge von Blasenreizung, durch Entzündung, durch eine grofse Prostatageschwulst, durch einen Stein, der Katheter nicht mehr ausreicht, um Erleichterung zu verschaffen, so führe man den hohen Blasenschnitt aus. Die Prostatektomie, die von Belfield (Chicago) und Machill (Leeds) warm

ertreten wird, hält B. für einen durchaus nicht unbedenklichen, dabei aber in Bezug auf den erzielten Nutzen entschieden noch zweifelhaften Eingriff. Der hohe Blasenschnitt führt dagegen oft zur Entdeckung eingesackter Steine, verschafft der Blase die notwendige Ruhe und gewährt überhaupt die Möglichkeit einer völligen Gesundung. Eventuell können die Patienten das von BROWNE für solche Fälle konstruierte Urinal gebrauchen. Die tabellarisch mitgeteilten 13 operierten Fälle ergaben relativ sehr günstige Resultate. *Philippi-Nieheim.*

Über zwei Fälle von Striktur der Urethra und chronischer Prostatitis mit interessanten Reflexsymptomen, F. R. NEILSON. (*Med. News.* Juni 28. 1890.) Der eine Patient, bei dem eine Striktur auf gonorrhoischer Basis ungefähr ein Jahr lang bestanden hatte, klagte über einen in unregelmäfsigen Zwischenräumen einsetzenden stechenden neuralgischen Schmerz im Leibe dicht unterm Nabel und gleichzeitigem Kitzel im Halse und Hustenreiz. Aufserdem bestand viel Jucken im Meatus, an der Glans und in den Leisten. Bei passender Behandlung (Erweiterung der Striktur mittelst Stahlsonden) verschwanden schliefslich alle Symptome vollständig. Bei dem zweiten Patienten bestand ein brennender Schmerz in der Harnröhre beim Urinieren und gelegentlich auch sonst nebst einer gleichzeitigen, ähnlichen Empfindung auf dem Innenrande des linken Fufses in der Gegend des ersten Metatarso-Phalangealgelenks. Die Sondenbehandlung brachte einigen Nutzen, doch soll jetzt die Urethrotomia interna ausgeführt werden. *Philippi-Nieheim.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

HAHN. Über Tuberkulose der Nasenschleimhaut. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1890. No. 23.

LEVRIER. *Contribution à l'étude de l'eczema des ongles.* Bordeaux 1890.

HAGER u. GEISSLER. Über indifferente Manganverbindungen. *Pharmac. Centralh.* 1890. No. 23.

RADCLIFFE CROCKER. Pagets disease, affecting the scrotum and penis. *Transaction of the Pathol. Society of London.* 1889.

ZIEGLER. Über die Ursache und das Wesen der Immunität des menschlichen Organismus gegen Infektionskrankheiten. *Beiträge z. pathol. Anatomie u. z. allg. Pathologie.* Bd. I.

MOOREN. Sehstörungen und Entschädigung. *Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege.*

G. F. LYDSTON. Apparent cancerous transformation of syphiloma of the tongue. *Medical Record.* Oktbr. 1889.

— A lecture on sexual perversion, satyriasis and nymphomanie. *Philad. med. and surg. Reporter.*

SCHACK-SOMMER. *Home grownsugar.* London, Spottiswoode & Co.

WALDEYER. Die Rückbildung der Thymus. *Sitzungsberichte.* XXV. 1890.

PROCHOWNICK u. SPÄTH. Über die keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 26.

FESSLER. Eine milde Wunddrainage. *Münch. med. Wochenschr.* 1890. No. 20.

— Narkosen mit Aether brom. puriss. MERCK. *Münch. med. Wochenschr.* 1890. No. 2.

— Erfahrungen über die bakterientödtende Wirkung der Anilinfarben. *Münch. med. Wochenschr.* 1890. No. 25.

PROCHOWNICK. Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem konstanten Strom. *Münch. med. Wochenschr.* 1890. No. 27.

Carl Müller. *Beitrag zur Statistik der malignen Tumoren.* (Laborant bei Dr. Unna.) Dissertation. Bern 1890.

Ralph Stockmann. Report on the excretion of Balsams in the urine. *British med. Journal.* Juni 14. 1890.

Louis Duhring. Case of typical Dermatitis herpetiformis. *Amer. Journ. of the med. Sciences.* Juni 1890.

Manchot. *Über die Entstehung der wahren Aneurysmen.* Dissertation. Strafsburg 1890.

Kamarowsky. *Über die Friedensbestrebungen der Völker.* Moskau 1890.

Jadassohn. Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut. *Virchows Archiv f. pathol. Anatomie.* 1890. Bd. 121.

— Über die Gonorrhöe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25 u. 26.

Eichhoff. Über das Aristol. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 28.

Piffard. The Edison Current adapted to General Office use. *New-York. med. Journ.* Juni 7. 1890.

Willard. The operative treatment of shipdisease. *The med. News.* April 1890.

Harnack. Über den Begriff der Arzneiwirkungen und die Aufgaben der wissenschaftlichen Arzneimittellehre. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 10.

Wickham. *Maladie de la peau dite maladie de Paget.* 186 S. (Paris, G. Masson.)

Murillo. *Plantes médicinales du Chili.* 234 S.

— *Hygiène et Assistance publique au Chili.* 460 S.

Froemel. Gestudio sobre el Prurigo. *Santjago de Chile.* 1890.

Lier. *La Piel y la Pathogenesis de los Resfriados.* Mexiko 1889.

Braus. *Die Syphilis und ihre steigende soziale Gefahr.* 2. Aufl. Düsseldorf. 47 S.

Pfeiffer. Gregarinenformen innerhalb der Blutzellen bei Schildkröten, Eidechsen, Vögeln und von Malariakranken. *Zeitschr. f. Hygiene.* 1890. Bd. VIII.

Doutrelepont. Über Urticaria pigmentosa. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890. pag. 311—330.

— Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von akuter multipler Hautgangrän. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890. pag. 385—400.

Blaschko. Die Berufsdermatosen der Arbeiter. *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. No. 45 und 1890. No. 22.

Karg. Das Verhalten der Milzbrandbacillen in der Pustula maligna, ein Beitrag zur Phagocytenlehre. *Fortschr. d. Medizin.* 1888. No. 14.

Beilstein. *Handbuch der organischen Chemie.* Hamburg 1890.

Marcus. Über die Behandlung der Bleichsucht. *Deutsche med. Ztg.* 1890. No. 38.

Haslund. Om Lungesyfilis. *Hosp. Tid.* 1890. No. 15 u. 16.

— Om tertiaer Syphilis, dens Hyppighed og Aarsager. *Hosp. Tid.* 1890. No. 10.

Mariano Semmola. *Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie u. klinische Therapie.* Wien 1890. 308 S.

Pollatschek. *Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889.* Berlin 1890. I. u. II Hälfte.

Neisser. Über das Aristol. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 19.

Fig. 1.

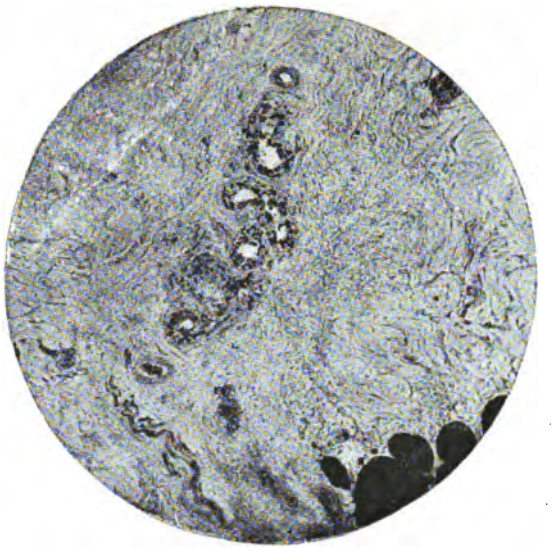


Fig. 2.

DR. POLLITZER: VERRUCA SEBORRHOICA.

Verlag von LEOPOLD VOSS in HAMBURG.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 5. 1. September 1890.

X. Internationaler medizinischer Kongreſs zu Berlin 1890.
XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Über die BEHRENDsche Einteilung der Arzneiexantheme in specifische und dynamische.

Von

H. G. BROOKE
in Manchester.

Von meinem Freunde und Kollegen Dr. UNNA wurde ich aufgefordert, die Frage von der Ätiologie der Arzneiexantheme einer Prüfung zu unterziehen. Dieselbe Aufforderung erging auch an Herrn Professor VON DÜRING in Konstantinopel, und da es sich herausstellte, daſs wir unabhängig von einander zu fast identischen Schlüssen gelangt waren, so habe ich es hiermit unternommen, unsere gemeinsamen Ansichten zum Ausdruck zu bringen.

Hauptsächlich auf folgende Frage konzentrierten sich dabei unsere Betrachtungen: „Sind die von BEHREND als „dynamisch“ bezeichneten Ausschläge vollständig von den von ihm genannten „specifisch“ zu unterscheiden?“ Um sich über die Bedeutung dieser Frage Klarheit zu verschaffen, wird es notwendig sein, mit kurzen Worten auf die vor dem Erscheinen von Dr. BEHRENDS Abhandlung über den Gegenstand bestehende Auffassung der Ätiologie dieser Ausschläge einzugehen.

Die auffälligste Erscheinung, welche beim Durchsehen einer gröſseren Reihe von Berichten über einzelne Arzneiexantheme sich einem aufdrängt, ist der Umstand, daſs so zahlreiche Körper von total verschiedener chemischer Zusammensetzung imstande sind, ein und dasselbe Exanthem hervorzubringen, während anderseits die nämliche Substanz bei verschiedenen Individuen höchst verschiedenartige Ausschläge bewirkt. Wenn diese scheinbar sich geradezu widersprechenden Erscheinungen sich erklären lassen sollen, so muſs es vor allen Dingen Einrichtungen im Körper geben, welche diese anscheinend zahllosen Reizmittel in praxi auf eine bestimmte Anzahl reduzieren, indem sie ihre Wirkungen gleichsam in eine

begrenzte Anzahl von Kanälen leiten, und zugleich mufs es in der Art derselben Einrichtungen begründet liegen, dafs jeder dieser wenigen Kanäle gleichmäfsig von jedem dieser sehr verschiedenen Reize aufgesucht werden kann.

Bei diesem Selektionsprozesse müssen wir die Thatsache stets vor Augen halten, dafs individuelle Idiosynkrasie eine Hauptrolle spielt. Der einzige konstante Faktor, mit welchem wir hierbei rechnen können, ist das Verhältnis von **einem** bestimmten Arzneimittel zu einem einzelnen, bestimmten Individuum und es folgt hieraus, dafs die jeweilige Art der Selektion bei jedem einzelnen Falle auf der besonderen körperlichen Beschaffenheit des betreffenden Individuums beruhen mufs.

Soweit meine Nachforschungen reichen, ist bisher nur von Behrend ein Versuch gemacht worden, diesen Vorgang zu erklären. Seine Lösung des Problems gipfelte in der entschieden bestechenden Hypothese, dafs die Arzneimittel ihre jeweiligen Veränderungen in der Haut nicht durch direkten Einflufs, sondern durch die Vermittelung einer beschränkten Zahl von (jetzt „Toxine" genannten) chemischen Körpern, welche sich beim Vorhandensein ersterer im Organismus entwickeln, bewirken. Man erkennt sofort, dafs durch die Aufstellung dieser Hypothese eine Reduzierung betreffs der Anzahl der möglichen Ursachen der Arzneiexantheme thatsächlich bewirkt wird, und ferner, dafs es durchaus nicht unmöglich sein mufs, durch das nämliche Medikament in verschiedenen Individuen verschiedene Toxine zu erzeugen. Nach Behrends Ansicht also läuft die Sache auf eine pathologisch-chemische Frage hinaus und indem wir diese chemischen Produkte studieren und isolieren, müfsten wir schliefslich befähigt sein, den Schlüssel zum Verständnis des Modus operandi der die Ausschläge bewirkenden Medikamente zu entdecken.

Bevor wir uns jedoch dieser mühevollen Untersuchung widmen, erscheint es ratsam, erst Nachfrage zu halten, ob die bisher bekannt gewordenen Thatsachen wirklich und notwendig uns zu genannter Hypothese hinführen, oder ob vielleicht dieser Selektionsprozefs sich auch auf andere Weise erklären läfst.

Bei denjenigen Arzneiexanthemen, mit denen wir hier zu thun haben, handelt es sich hauptsächlich um Angioneurosen; alle derartigen Ausschläge, welche entweder rein entzündlicher Natur, oder von der Art der Neoplasmen sind, müssen hierbei ausgeschlossen werden, da sie von dem Paradigma der grofsen Mehrzahl zu weitgehende Abweichungen darbieten, um eine gleichzeitige Besprechung beider Klassen zu gestatten. Die überwiegende Mehrzahl jener Affektionen beruht auf nervöser Basis, und es empfiehlt sich bei der vorliegenden Betrachtung zunächst den Zustand der Nerven an einem, infolge der anatomischen Verteilung derselben für das Studium der neuropathischen Vorgänge geeig-

neteren Organ, als es die Haut ist, kennen zu lernen. Wir sind z. B. schon lange im Besitz genauerer Kenntnisse über die bestimmte Art der Einwirkung verschiedener Medikamente auf die das Herz versorgenden Nerven, und bei einem allgemeinen Überblick über diese verschiedenen Arten des Reagierens wird es uns leicht, je nach der thatsächlich den verschiedenen Mitteln innewohnenden Wirkungskraft drei gesonderte Kategorien derselben zu unterscheiden. So kennen wir manche Droguen, welche einen so mächtigen Einfluſs auf das Herz der unvergleichbar groſsen Mehrzahl aller Menschen ausübt, daſs wir den von denselben zu erwartenden Effekt fast mit Gewiſsheit vorhersagen können, z. B. Digitalis. Wie es scheint, haben diese Mittel in hohem Grade die Fähigkeit, durch Auswahl gewisse besondere Teile des Herznervensystems zu ergreifen. Da diese Reaktion sich in diesen Fällen auf das eine oder das andere Centrum oder auf einen bestimmten Teil der Nervenbahn konzentriert, so scheint in Bezug auf die Wirkung bei allen Individuen eine gewisse Regelmäſsigkeit vorzuherrschen. In diesen Fällen wäre es möglich, von einer „spezifischen“ Wirkung in dem Sinne, in welchem Behrend den Ausdruck mit Bezug auf gewisse Arzneiexantheme gebraucht hat, zu reden. Anderseits gibt es gewisse auf das Herz wirkende Gifte, deren Effekt sich nicht mit solcher ausgesprochenen Regelmäſsigkeit äuſsert, daſs er bei allen Personen immer genau der nämliche wäre. Bei diesen scheint die Fähigkeit der aktiven Auswahl nicht mit solcher Bestimmtheit auf spezielle Nerventeile gerichtet zu sein, um regelmäſsig dieselbe Wirkung hervorzubringen. Infolge dieser Verminderung des Auswahlvermögens reagiert überhaupt nur eine kleinere Anzahl von Menschen und selbst diese nicht mit positiver Regelmäſsigkeit. So gibt es z. B. solche, deren Herzaktion gegen Nikotin verhältnismäſsig immun ist, während dasselbe bei anderen ein deutliches Unregelmäſsigwerden und Depression hervorruft. Ferner gibt es noch eine dritte Klasse, bei der die Fähigkeit der Auswahl eine so unbedeutende ist, daſs bei den meisten Organismen absolut kein nachweisbarer Totaleffekt erzielt wird. Bei einzelnen Individuen ist gelegentlich eine gewisse Wirkung vielleicht wahrzunehmen, doch ist dieselbe durchaus nicht konstant, und es ist unmöglich, sie vorauszusagen. Bei dieser letzten Gruppe müssen wir schon annehmen, daſs das Verhältnis der chemischen Substanz zu den Herznerven ein sehr wenig intensives ist und daſs nur sehr selten die eine oder die andere Wirkung sich etwas mehr bemerkbar macht.

Aus diesem kurzen Hinweis wird man ersehen, daſs wir hier mit einer sich regelmäſsig abstufenden Reihenfolge zu thun haben und daſs dieselbe sich von den völlig regelmäſsig arbeitenden Arzneitypen zu denjenigen von weit weniger sicherer Wirkungsweise und schlieſslich zu den Substanzen, welche bald gar nicht bald in höchst unzuverlässiger Weise

wirken, erstreckt. Mit dieser letzten Gruppe erreichen wir dasjenige, was man mit voller Berechtigung eine wirkliche Idiosynkrasie nennen kann.

Ich denke, es ist selbstverständlich, dafs die auf das Hautnervensystem einwirkenden Einflüsse dieselben Regeln befolgen. Auch hier haben wir zwischen einer ganzen Reihe verschiedener Ganglien und Nervenendigungen zu unterscheiden. Ferner müssen wir annehmen, dafs es Arzneimittel gibt, welche imstande sind, getrennte Centra oder Nervenendigungen in einer speziellen und gesonderten Weise zu affizieren. Wo dies statt hat, müssen wir das nämliche Phänomen mit Regelmäfsigkeit sich an demselben Individuum stets wiederholen sehen. Ich will als Beispiel das Amylnitrit herausgreifen, dessen Wirkung sich als eine Hyperämie des Gesichts äufsert, woraus wir erkennen, dafs gewisse, die Blutzufuhr zum Gesicht kontrollierende Nervencentren mit dieser Substanz in deutlich definierbarer Beziehung stehen. Hier dürfen wir sehr wohl von einem spezifischen Einfluſs reden, und auf scharf markierte und konstante Erscheinungen dieser Art möchte ich die Bezeichnung der spezifischen Wirkung angewandt wissen.

Allerdings gibt es andere Körper, deren Wirkung sich auf die Hautnerven überträgt, jedoch in einer weniger präzisen Weise, so dafs der äufsere Einfluſs weder so allgemein, noch so regelmäfsig sich äufsert. Als Beispiele dieser Art können wir Belladonna, Hyoscyamus und Strammonium anführen.

Aber die bei weitem gröfste Kategorie, mit der wir uns zu beschäftigen haben, umfafst diejenigen Medikamente, von denen die äufserlich dokumentierte Wirkung weit davon entfernt ist, irgend welche Gesetzmäfsigkeit erkennen zu lassen, vielmehr die Neigung hat, eine sehr grofse und variable Reihe von angioneurotischen Erscheinungen mit beträchtlichen Abweichungen je bei den verschiedenen Individuen hervorzubringen. Von dieser Gattung, aus der der Hauptteil der angioneurotischen Gruppe zusammengesetzt ist, gibt es zahlreiche Beispiele. Es genügt, als solche Chinin, Chloral und Antipyrin zu nennen.

Diese gröfsere oder geringere Universalität oder Spezifizität der angioneurotischen Ausschläge, welche wir so weit einer Betrachtung unterzogen haben, ihre Topographie, die gröfsere oder geringere Intensität und Dauer, alle diese Merkmale scheinen sich durch die physiologischen Funktionsunterschiede der in der Haut gelegenen Nervencentra und Nervenenden erklären zu lassen. Die auf diese Weise erzeugten Exantheme sind bald häufig, bald selten; bald diffus, bald circumscript; einmal generell, das andere Mal mit einer Vorliebe für gewisse Gebiete begabt, ferner bald intensiv, bald schwach, je nachdem die Empfindlichkeit der bei dem Hervorbringen solcher Ausschläge beteiligten besonderen Nervengebiete

bei der Mehrzahl der Menschen von diesen speziellen Stoffen leicht zu erregen ist, oder diese Eigentümlichkeit sich nur bei einigen wenigen findet.

Ich meinesteils kann keinen scharf ausgeprägten Unterschied zwischen Behrends spezifischer Gruppe von Ausschlägen und der dynamischen erkennen, sondern finde vielmehr eine ununterbrochene und stufenweise fortschreitende Reihenfolge, welche sich von den fast mit absoluter Regelmäfsigkeit auftretenden bis zu den bei jedem einzelnen Individuum wechselnden erstreckt. Von diesem Standpunkte aus wird es auch leichter einzusehen sein, warum die meisten Exantheme von so unregelmäfsiger Art und so schwer zu prognostizieren sind.

Anderseits bin ich aber nicht geneigt anzunehmen, dafs die Einschränkungen im Modus operandi der verschiedenen Mittel (welche thatsächlich Platz greifen müssen, um die Erscheinung, dafs so viele verschiedene Medikamente ihre Wirkung unter dem Bilde ähnlicher Exanthemtypen äufsern, zu erklären), ihre vollständige Erklärung finden durch die Annahme einer speziellen, auf bestimmte Teile des Hautnervensystems geäufserten Einwirkung. Vielmehr müssen wir hierbei unbedingt einen bestimmten, aus den Eigentümlichkeiten der Haut des betreffenden Individuums selbst entspringenden Einfluſs durchaus anerkennen und zugestehen. Auf welche Weise diese Individualität eine Erklärung der richtigen Arzneiexantheme abzugeben vermag, mufs jetzt Gegenstand unserer Betrachtung sein.

Wenn wir uns vorstellen, wir hätten ein Schema der Haut vor uns, aus der die Gewebe der eigentlichen Haut unter Belassung allein des Gefäfssystems und der dasselbe versorgenden Nerven wegpräpariert worden sind, und wenn wir uns dann fragen, welcher Einfluſs nun von den Mitteln, welche, wie wir wissen, die Fähigkeit besitzen, Erytheme zu erzeugen, ausgeübt werden könnte, so finden wir, dafs ihr hauptsächlicher Einfluſs sich in der Erzeugung von Hyperämie äufsert, dafs also alle die vielseitigen Erscheinungen der Arzneiexantheme sich, insoweit als das Gefäfssystem beteiligt ist, auf das einzige Moment der Gefäfsparalyse oder der Hyperämie reduzieren.

Diese Reduktion bis auf ein einziges Moment ist aber viel weitgreifender als für unsere Zwecke der Erklärung des Selektionsprozesses der Exantheme nötig ist. Denn, weit davon entfernt mit indifferenten Geweben umgeben zu sein, ist das Hautgefäfssystem in eine reich organisierte Gewebsmasse von der hochgradigsten individuellen Verschiedenheit eingebettet. Schon dieser Umstand an sich liefert uns die Erklärung für die unter den angioneurotischen Exanthemen vorkommenden, auffällig verschiedenen Affektionen. Wo eine einfache Paralyse statt hat, stellt sich ein einfaches Erythem ein und wenn die Epidermis abnorm geringe Widerstandskraft besitzt, so kann daraus ein vesikulöses oder ein bullöses Erythem

entstehen; oder wiederum, wenn ein spastisches Moment hinzutritt, so kann die erythematöse Basis sich zu Papeln nach Art des Erythema multiforme und nodosum oder zu Quaddeln entwickeln; oder schliefslich, wo ein passiver Zustand (Stauung) an Stelle der aktiven Hyperämie tritt, da können die als Purpura und Ödem bekannten Zustände entstehen. Alle diese verschiedenen Typen beruhen aber nicht auf der Beschaffenheit des Gefäfs- und Nervensystems, sondern auf den Eigentümlichkeiten der Haut selbst und wechseln je nach der Individualität derselben.

Wir sehen also, dafs die Selektion bis zu diesen sieben Haupttypen und ihren Zwischenstufen schliefslich doch nicht so merkwürdiger Art ist, wie im allgemeinen angenommen wird. Wir haben im Gegenteil jetzt gesehen, dafs sie alle aus dem gemeinsamen Moment der Hyperämie, beeinflufst durch die vielfältigen Eigentümlichkeiten der Hautgewebe, bei den verschiedenen Individuen entstehen.

Behrend kam, indem er von der Annahme einer spezifischen Wirkung gewisser, weniger Mittel ausging, zu der Auffassung, dafs bei den meisten der anderen Mittel, bei denen er ein spezifisches Exanthem nicht konstatieren konnte, sich wahrscheinlich im Körper durch den Einflufs des Medikamentes eine bestimmte Substanz bilden müsse, welche zur Erklärung der eigentümlichen, von dem betreffenden Exanthem dargebotenen Erscheinungen dienen würde. Nach der soeben dargelegten Erklärung der Ursachen, wird man, glaube ich, einsehen, dafs ein Bedürfnis für diese Theorie von Behrend nicht vorliegt. Die Behauptung, dafs die verschiedenen Medikamente bei subkutaner Injektion nicht zum Entstehen von Exanthemen Anlafs geben, würde allerdings, wenn sie sich als richtig erweist, eine Stütze für Behrends Auffassung abgeben, dagegen kann man das augenblickliche Entstehen einer allgemeinen Urticaria durch die ganz oberflächliche Einverleibung gewisser Substanzen, z. B. durch Nesseln oder durch Flöhe oder einfach durch das Zerdrücken einer Erdbeere oder einer Himbeere im Munde nicht gut durch die Einwirkung von entstehenden Zwischenfaktoren erklären. Wie ich aber die Frage auffasse, können wir, indem wir die wirksamen Körper bei der Äufserung ihres Einflusses zunächst auf das Nervensystem und dann auf die Haut selbst verfolgen, sehr wohl zu einer Erklärung gelangen für die den rein angioneurotischen Arzneiexanthemen eigentümlichen Besonderheiten. Die Unzuverlässigkeit des Eintritts einer Wirkung überhaupt, die „Idiosynkrasie", erklärt sich aus der Vermittelung durch das Nervensystem, die beschränkte Anzahl von Typen des Exanthems entspricht ebensovielen Reaktionsweisen des Hautgewebes.

Im Anschlufs aber an diese Beobachtungen finden wir auch leicht die Deutung jener kleineren Gruppe von Arzeneiexanthemen, bei denen die angioneurotischen Erscheinungen mit den erheblicheren Symptomen

der Entzündung verbunden sind, wie wir z. B. bei Darreichung von Chinin nicht nur einen erythematösen Ausschlag, sondern sogar eine langdauernde, scarlatiniforme Hyperämie und intensives Abschuppen der Cutis beobachten. Hier erkennen wir aufser dem angioneurotischen Einfluſs der Nervencentren auch eine direkte Einwirkung des im Blute kreisenden Mittels auf die Hautgewebe selbst.

Was die rein entzündlichen Prozesse und die fungösen Prozesse, welche durch die Einführung von Medikamenten entstehen können, betrifft, so steht fest, daſs diese nicht zu dem Gebiet der angioneurotischen Affektionen, von denen hier die Rede war, und auf welche meine Untersuchungen sich beschränkten, gehören.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Nieheim.)

Ein Beitrag zu den Influenzaexanthemen.

Von

Stabsarzt Dr. Hoffmann
in Dresden.

Es unterlag keinem Zweifel, daſs, nachdem die Woge der Influenza über Europa hinweggezogen, eine wahre Flut von Litteratur über diese Krankheit ihr nachfolgen würde. Und in der That konnte man mit einiger Spannung diesen Veröffentlichungen entgegensehen, weil die Influenza bei aller Eigenart doch so vielgestaltig in Erscheinung trat, daſs sie, durchaus nicht vergleichbar mit z. B. Typhus- oder Choleraepidemieen, fast ausschlieſslich Domäne der innerärztlichen Behandlung blieb, sondern die Aufmerksamkeit fast aller Specialfächer in hohem Grade in Anspruch nahm. Auch für die Dermatologen sind bei der Influenza interessante Erscheinungen zutage getreten.

Fast alle Infektionskrankheiten pflegen ja die Haut in bestimmter für sie charakteristischer Weise zu ergreifen.

Die Art nun, wie die Influenza das Hautorgan beeinfluſste, war eine wesentlich verschiedene von der Art, in welcher es die andern, uns geläufigen Infektionskrankheiten zu thun pflegen.

Mir sind bei etwa 200 Influenzakranken 5 Fälle von ausgesprochenem Hautexanthem abhängig von obiger Krankheit vorgekommen und zwar

2 Fälle von Erythema
2 „ „ Herpes
1 Fall „ Urticaria.

Die Zeit des Ausbruches war bei allen die Periode des Nachlasses der eigentlichen Influenza-Erscheinungen.

Der erste Fall von Erythem fiel in die Zeit des Beginnes der Dresdener Influenzaepidemie, betraf einen, vorher gesunden und kräftigen, 16jährigen Gymnasiasten. Die Influenza selbst hatte sich nur mäfsig heftig gezeigt. Das Erythem erstreckte sich über ausgedehnte Körperflächen, immer die Gelenkbeugen als Ausgangspunkte behaltend, so besonders die Ellenbeugen, die Achselgegenden, Kniekehlen und besonders die Leistengegend mit innerer Oberschenkelfläche. An den peripherischen Stellen war noch der fein punktierte Charakter des Erythems deutlich erkenntlich, während die centralen Stellen eine gleichmäfsige Scharlachröte zeigten. Der Ausschlag war mit mäfsigem Jucken verbunden, die Drüsen in Leisten- und Achselgegend leicht geschwellt. Nach 4—5 Tagen Abblassen des Exanthems.

Der zweite Fall von Erythem betraf eine ca. 40jährige, kräftige Frau, die während ihrer Influenzaerkrankung an ganz ungewöhnlich heftigen neuralgischen Schmerzen in den Extremitäten und der Kreuzgegend gelitten hatte. Das Erythem war ein ganz universelles; gleichmäfsig hochrot, verbunden mit deutlicher Turgescenz der Haut, überzog es von Gesicht und Hals ausgehend den gesamten Körper und blafste nach ungefähr 4 Tagen in derselben Folge wieder ab, um dann mit Abstofsung der Haut in grofsen Lamellen scheinbar abzuschliefsen, nur scheinbar, weil nach ca. 3 Tagen nach vollendeter Abschuppung auf der jungen, zarten Haut stellenweise ein erneutes Erythem jedoch in nur umschriebener Ausdehnung und geringer Intensität eintrat. Das Jucken war so heftig, dafs die Anwendung von Narcoticis zur Beschaffung der Nachtruhe erforderlich wurde.

Der erste Fall von Herpes war ein Herpes facialis der linken Seite, betraf ein junges kräftiges Dienstmädchen, das nur von Influenza mittleren Grades ergriffen gewesen war. Die Ausdehnung des Herpes war eine aufserordentliche und durch die Konfiguration der einzelnen Gruppen sehr interessant. Die ganze Strecke zwischen unterem Augenlidrand der linken Seite und Oberlippe, ein Teil des Lippenrots inbegriffen, war mit breiten, mächtigen Bläschengruppen besetzt, von denen Ausläufer nach der Nase zu, sowie nach der Schläfengegend hin ausgingen, ganz dem Verlaufe des Nervus infraorbitalis nervi quinti entsprechend. Die Bläschen trockneten bald in gewöhnlicher Weise zu Krusten ein, die dann fast die ganze Gesichtshälfte bedeckten und stiefsen sich schliefslich, ohne irgend Narben zu hinterlassen, ab. Die übrigens wenig empfindliche Patientin gab an, Schmerzen in dem betreffenden Nervengebiet nicht bemerkt zu haben.

Der zweite Fall von Herpes war lediglich ein Herpes labialis, betraf

ein 11jähriges Mädchen, das ebenfalls nur eine mittelheftige Influenza durchgemacht hatte. Die Herpesbläschen beschränkten sich auf die Oberlippe, die sich mit mehreren Gruppen von Bläschen besetzt zeigte.

Der Fall von Urticaria endlich betraf einen ca. 30jährigen mittelkräftigen Mann, der an einer sehr intensiven Influenza litt und besonders von starken neuralgischen Schmerzen in Gliedern und Rücken gequäl wurde. Der Ausbruch der Urticaria schloſs sich unmittelbar an dieses neuralgische Stadium an. Der Ausschlag war sofort über den ganzen Körper verbreitet und während die Neuralgien nachlieſsen, trat das heftigste Jucken ein. Die Dauer dieser Urticaria war ungefähr 3 Tage, nach welcher allmählicher Rückgang der Quaddelbildung und des Juckens eintrat.

Es scheint aus den angeführten Fällen sich zu ergeben, daſs die Influenza-Exantheme abhängen vom Ergriffensein gewisser Nervengebiete und dann durch Vermittelung der vasomotorischen Hautnerven in Erscheinung treten.

Alle drei oben erwähnten Arten von Exanthemen gehören zu den Kategorien, welche durch Nervenreize, seien dieselben auf Reflexe oder Entzündungen zurückzuführen, hervorgerufen werden.

Der eine Fall von Herpes facialis stellt sich durch seine Ausbreitung über ein ganz bestimmtes Nervengebiet als Herpes zoster dar. Hier ist nun daran zu erinnern, daſs Kaposi für Herpes zoster einen bacillären Ursprung annimmt und bei Gelegenheit einer Zosterepidemie in Wien (40 Fälle in einem halben Jahre) die Individualität des erregenden Bacillus festgestellt zu haben glaubt. Diese Annahme, daſs Mikroorganismen die Veranlassung zu herpetischen Ausschlägen werden können, wird durch die Influenzaexantheme wiederum bestätigt, denn wenn auch der specifische Influenzaerreger selbst noch nicht endgiltig festgestellt worden ist, so dürfte doch darüber irgend welcher Zweifel nicht existieren, daſs er im Bereiche der Mikroorganismen zu suchen ist.

Betreffs der oben angeführten Fälle von Influenzaexanthemen erübrigt noch hinzuzufügen, daſs verabreichte Medikamente als Ursache der Ausschläge hier nicht in Frage kommen, da die Behandlung der bezüglichen Fälle eine fast arzneilose gewesen ist.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Bemerkungen zur Histologie des normalen Sekretes der menschlichen Talgdrüsen.

Von

Dr. L. Philippson,
prakt. Arzt in Hamburg.

Die Beschreibungen des normalen Talgdrüsensekretes sind in vielen anatomischen, physiologischen und dermatologischen Schriften in so ungenauen Ausdrücken abgefafst oder differieren unter einander so sehr, dafs man gegebenen Falls darüber in Zweifel ist, ein Talgdrüsensekret für normal oder für pathologisch zu erklären. Gehören verhornte Zellen zum normalen Sekret? — Wandeln sich die Zellen des Talgdrüsenacinus schliefslich in Hornzellen um? — Kann man Talgdrüsenzellen auf der Hautoberfläche von den gewöhnlichen Hornzellen unterscheiden? — Ist das normale Sekret flüssig oder fest? Solche und ähnliche Fragen drängen sich einem auf, nachdem man sich in den betreffenden Schriften unterrichtet hat.

Bereits ist diese Unsicherheit des Wissens über das normale Talgdrüsensekret von Unna (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887. Bd. VI. S. 698 ff. und 739 ff.) in seiner Kritik des Begriffes der Seborrhoe getadelt worden und als eine vor Bearbeitung der seborrhoischen Affektionen notwendig zu entscheidende Frage folgende aufgeworfen worden: Worin unterscheidet sich histologisch (morphologisch und mikrochemisch) eine Talgdrüsenzelle aufserhalb der Drüse von einer eingefetteten Hornzelle? Diese Frage mufste gestellt werden, da eben, wie oben erwähnt, die Meinungen über die histologische Beschaffenheit des normalen Talgdrüsensekretes noch wesentlich auseinandergehen.

Man schlage z. B. Kaposi (*Path. d. Hautkr.* 1889. pag. 54) auf! Über das Talgdrüsensekret findet sich folgender Satz: „Mehr nach dem Innern der Drüse zu werden die Zellen gröfser, polyedrisch, mehr den Hornzellen ähnlich und von punkt- bis tropfenförmigem Fett erfüllt.“ Da hieraus nicht ersichtlich, ob die Ähnlichkeit mit den Hornzellen sich nur auf die Form oder vielmehr auf die chemische Zusammensetzung bezieht, so lesen wir pag. 174 nach, wo es heifst: „Fettretention (in den Talgdrüsen) kommt dadurch zustande, dafs das von den Talgdrüsen abgesonderte Sekret, Epidermis und Fett nicht nach aufsen gefördert,

sondern zurückgehalten wird." Hieraus geht nicht hervor, ob Epidermis und Fett normales Sekret ist oder ob es das Sekret ist, welches man nur bei Fettretention findet, d. h. pathologisches Sekret; jedoch folgt es aus der Auffassung der Seborrhoe als einer Hypersekretion (pag. 161). AUSPITZ (v. ZIEMSSENS *Handb. d. Hautk.* pag. 197) sagt: die Epithelzellen der Talgdrüsen erzeugen in ähnlicher Weise den Talg, wie die Zellen der jüngeren Epidermisschichten in die Hornschichtlamellen übergehen.

v. ZIEMSSEN (*Handb. d. Hautkr.* pag. 122) führt als Bestandteile des Hauttalges (des Produktes der Talgdrüsen) auf: freies Fett, mehr oder weniger fettreiche Talgzellen, Zellenrudimente, Cholestearinkrystalle und Epidermisschollen.

LESSER (*Lehrb. d. Hautkr.* 1885. pag. 132): Je nachdem das durch übermäfsige Absonderung der Talgdrüsen gelieferte Sekret mehr flüssige, fettige oder mehr feste, hauptsächlich aus eingetrockneten Epidermiszellen gebildete Bestandteile enthält, ist zwischen einer Seborrhoea oleosa und einer Seborrhoea sicca zu unterscheiden. Da nur von einer quantitativ und nicht qualitativ veränderten Absonderung gesprochen wird, ist also nach LESSER das normale Sekret aus Fett und eingetrockneten Epidermiszellen zusammengesetzt.

Nach GRUENHAGEN (*Lehrb. d. Physiol.* 1885. Bd. I, pag. 447) besteht der Hauttalg, welcher im wesentlichen dem Inhalte der Talgdrüsengänge gleich zusammengesetzt ist, aus fetthaltigen Zellen, freiem, aus geplatzten Drüsenzellen stammenden Fett, vermengt mit Epidermisplättchen.

KÖLLIKER (*Handb. d. Gewebel.* 1889. pag. 266) beschreibt die Umwandlung der wandständigen Drüsenzellen in die fetthaltigen Talgzellen, welche in den Ausführungsgängen, im Haarbalge zwischen Haar und Oberhaut des Haarbalges zu finden sind und welche schliefslich nach aufsen abgeschieden werden. „Diese Zellen und nichts anderes bilden den Hauttalg . . . Aufser den Talgdrüsen führt der Hauttalg auch noch freies Fett in gröfserer oder geringerer Menge und vielleicht auch in einigen Fällen eine äufserst geringe Menge einer hellen Flüssigkeit."

Es gehören also nach diesem Forscher die Hornzellen (die sogenannten Epidermiszellen) nicht zum normalen Sekret der Talgdrüse. Die besondere Betonung, dafs nur die Talgzellen und „nichts anderes" den Hauttalg bilden, richtet sich wahrscheinlich gegen derartige Beschreibungen des normalen Sekrets, wie oben beispielsweise einige citiert worden sind. Aber aufserdem sind KÖLLIKER diese beiden Worte wohl aus dem Grunde in die Feder geflossen, weil er selbst, allerdings un-

begründeter Weise, Veranlassung zu jenen irrtümlichen Beschreibungen gegeben hat. Die Geschichte dieser Begriffsverwirrung reicht bis zum Jahre 1850 zurück. Es verlohnt sich schon aus dem Grunde einige Sätze in der damals erschienenen ersten Auflage von KÖLLIKERS *Mikrosk. Anat.* nachzulesen, weil wir dadurch mit einer Thatsache in betreff der Talgdrüsenzellen bekannt werden, welche leider in den späteren Auflagen nicht mehr erwähnt worden ist.

Nachdem nämlich das Auftreten von Fetttröpfchen in den der Acinuswand der Talgdrüsen näher gelegenen Zellen geschildert worden ist, fährt K. fort: Einmal fliefsen die vielen zerstreuten Fetttröpfchen des Zelleninhaltes, je höher die Zellen hinaufrücken, um so mehr, in einige wenige oder selbst in einen einzigen Tropfen zusammen, und zweitens ändert sich auch die chemische Natur der Zellmembranen selbst so, dafs dieselben, die anfänglich gleich denen des Epithels der Drüsengänge in Alkalien leicht löslich sind, später resistenter werden und endlich chemisch an die Membranen der Hornschichtblättchen der Epidermis erinnern." Zum Schlufs zieht K. die Folgerung, dafs es nicht als ganz unbegründet erscheint, wenn die Talgzellen mit den Hornschichtzellen der Epidermis verglichen und die Bildung des Hauttalges überhaupt, derjenigen der Epidermis an die Seite gestellt wird. Dieser Vergleich war es, welcher bei HEBRA den Irrtum veranlafste.

Aufser auf diese Beschreibung stützt sich nun HEBRA, bei welchem (*Lehrb. d. Hautkr.* 1874, • Paragraph Seborrhoea) zuerst der oben besprochene Irrtum in betreff des Talgdrüsensekretes zu finden ist, auch noch auf eine Stelle aus VIRCHOWS „Geschwülsten" (T. I, pag. 216 Atherom), wo es heifst: „Die Haarbälge sind bekanntlich Einstülpungen der Haut, deren Oberfläche mit Epidermis bekleidet ist und aus deren Grunde die Haare hervorwachsen. Das Sekret der Oberfläche ist hier also Epidermis. Dazwischen kommt in sehr verschiedenen Mengen Fett oder Schmeer aus den Talgdrüsen der Haut, deren Ausführungsgänge in den Haarbalg einmünden." — Auf diese beiden Citate von KÖLLIKER und VIRCHOW stützt nun also HEBRA seine Behauptung, dafs eine Trennung des Sebums von der Epidermis weder bei ihrer Bildung, noch bei ihrer Ausscheidung aus den Drüsenkanälchen möglich wird.

Die Verwertung der bei einem pathologischen Vorgange gemachten Befunde für normale Verhältnisse ist doch stets sehr mifslich, selbst wenn das Atherom wirklich als eine Retentionsgeschwulst der Talgdrüsen aufzufassen wäre (wie es nach neueren Untersuchungen doch sehr fraglich geworden ist). Aber auch aus der Darstellung von KÖLLIKER ist nur eine Ähnlichkeit der secernierten Talgdrüsenzellen mit den Hornzellen der Hautoberfläche herauszulesen und nicht eine so weitgehende Übereinstimmung, dafs eine Unterscheidung zwischen Horn- und Talgzellen

unmöglich wäre. Und noch viel weniger ist die Bildungsweise beider Zellarten nach KÖLLIKERS Beschreibung identisch.

Was allerdings nach KÖLLIKER die ausgebildete Talgzelle der gewöhnlichen Hornzelle ähnlicher macht, ist die Änderung in der chemischen Natur der Zellmembran der ersteren, welche nämlich gegen Alkalien resistenter als vorher wird. Dieser Passus fehlt in der zweiten Auflage des *Handb. d. Gewebelehre* (1855), und kehrt auch in der von 1889 nicht wieder; die drei dazwischen liegenden Auflagen standen mir nicht zur Verfügung. Für HEBRAS Auffassung war die erste Auflage maſsgebend, und datiert daher die irrtümliche Darstellung, daſs Hornzellen (vulgo Epidermisschuppen, Epidermiszellen u. s. w.) normalerweise von den Talgdrüsen geliefert würden.

Aus dieser kurzen Übersicht geht so viel hervor, daſs über die Bildung des Talgdrüsensekrets niemals Zweifel hätten zu bestehen brauchen, denn KÖLLIKERS Beschreibung war sehr klar und stimmte mit derjenigen anderer Autoren sehr gut überein. Anders verhält es sich mit der schlieſslichen Umwandlung der Talgdrüsenzellen, da spricht K. in der ersten Auflage seines Handbuches von einer Umänderung der chemischen Natur der Membran, wonach dieselbe der Hornmembran der Hornzellen ähnlich wird, und in der zweiten Auflage, sowie in der letzten fehlt diese Bemerkung, so daſs also die schlieſsliche Beschaffenheit der normalen Talgdrüsenzelle noch nicht genau bestimmt ist.

Als normales Talgdrüsensekret habe ich von Leichen verschiedener Altersklassen und verschiedenen Geschlechts von der gesunden Haut des Kopfes, der Nase, der Achselhöhle, des Rückens und der kleinen Labien die in den Haarbälgen oder in den Drüsenausführungsgängen in Form von weiſsen oder gelblichen Klümpchen liegende Masse untersucht. Die hier gefundenen Resultate stimmen vollständig mit denjenigen überein, welche man aus der Untersuchung desjenigen Sekretes gewinnt, welches am Lebenden in den Öffnungen der groſsen Talgdrüsen des Gesichtes, besonders der Nase, zu finden ist. Die Bildung dieser kleinen, weiſsen oder gelblichen Pfropfen ist leicht zu beobachten. Hat man dieselben aus der Talgdrüsenmündung herausgehoben, so sieht man alsbald am Grunde derselben ein glänzendes Pünktchen. Nach Verlauf längerer Zeit ist die ganze Öffnung mit diesem glänzenden, fettigen Sekrete gefüllt, aber zugleich auch mit jener weiſsen Masse, welche schlieſslich die ganze Mündung einnimmt und auf ihrer Oberfläche noch fettig glänzend ist. Ich führe hier deshalb die Bildung des Sekretes, wie sie makroskopisch vor sich geht, an, um nur darauf hinzuweisen, daſs normalerweise flüssige und feste Bestandteile hier vorkommen, und daſs letztere nicht die durch Luftzutritt zu „festem Talge“ erstarrten öligen Bestandteile sind.

Der als glänzende Masse im Grunde der Talgdrüsenfollikel sichtbare

Bestandteil sind eben die aus ihren Membranen ausgetretenen Fetttröpfchen, und die mit mehr oder weniger Fett gefüllten Zellmembranen bilden die weifslichen Propfen in den Talgdrüsenmündungen.

Aufserdem ist zu betonen, dafs dieses in offenen Wegen liegende Sekret normales ist und nicht pathologisches, wie es nach der Bemerkung von KAPOSI (*Path. d. Hautkr.* pag. 174) den Anschein haben könnte, wonach nämlich bei Stauung des Sekrets der Talgdrüsen in offenen Wegen die von den Drüsen abgesonderten Zellen verhornen.

Das vom Lebenden, wie von der Leiche gewonnene normale Sekret der Talgdrüsen ist, wie gesagt, gleich und folgendermafsen zusammengesetzt:

Die ohne Zusatz von Reagentien amorph erscheinende, gelbliche, fettig glänzende Masse verändert bekanntlich unter dem Mikroskope mit einem Male ihr Aussehen, wenn ein aufquellendes Mittel, verdünnte kaustische Alkalien oder concentrierte Ammoniaklösung dazu kommt. Es zeigen sich nun Fetttropfen von verschiedener Gröfse, sehr zart konturierte Zellmembranen mit kleinsten Fetttröpfchen oder mit gröfseren Fetttropfen im Innern, ebensolche Zellmembranen ohne Inhalt, spindelförmige oder rundliche Gebilde mit fettig glänzendem Inhalte, gröber konturierte, gelbliche, mitunter, wenn sie im Profil zu sehen sind, in der Mitte mit kugelförmig hervortretender Kernhöhle versehene Hornzellen und zufällige Beimischungen. Am schnellsten und stärksten quellen die zart konturierten Membranen bis zu prall gespannten Kugeln auf, in denen entweder noch Fetttropfen enthalten sind, oder die auch ganz leer sein können. In derselben Zeit sind die Hornzellen auch schon vergröfsert, aber nicht so beträchtlich wie jene, aufserdem zeigen sie eine dickere Membran, welche gelblich schimmert, und meistens eine deutliche Kernhöhle. Die spindelförmigen Gebilde mit fettig glänzendem Inhalte quellen auch auf und sind deutlich als verfettete Talgdrüsenzellen in einem jüngeren Stadium, als die meisten übrigen zu erkennen. Die Fetttropfen in ihnen sind noch von einander durch das aus Schnittpräparaten bekannte Plastinnetz getrennt und geben dadurch, dafs sie einzeln die Zellmembran vorbuchten, der Zelle das Aussehen einer Maulbeere. Auch einzelne, vielleicht durch die Präparation losgetrennte Bruchstücke dieser maulbeerförmigen Zellen finden sich in dem Sekrete. Einige Male habe ich, um die Identität dieser Form von Zellen mit den in Schnitten zu sehenden festzustellen, unter dem Deckglas die Entfettung vorgenommen und durch nachträgliche Einwirkung aufquellender Mittel das Plastinnetz sehr schön zu Gesicht bekommen. Was das quantitative Verhältnis der morphologischen Bestandteile des Sekretes betrifft, so bilden die Hauptmenge die mehr oder weniger oder auch gar keine Fetttröpfchen enthaltenden zart konturierten Zellmembranen; immer geringer an Zahl sind die maulbeerförmigen

Zellen, und Hornzellen sind stets nur vereinzelt vorhanden. Das normale Produkt der Talgdrüsen besteht also aus freiem, flüssigen Fett und aus Zellmembranen, welche nur noch wenige oder gar keine Fetttropfen enthalten; daneben finden sich noch die maulbeerförmigen Zellen, ein jüngeres Stadium der Talgdrüsenzellen, und die von dem Ausführungsgange der Drüse, resp. von dem Haarbalge stammenden Hornzellen.

Untersucht man die von den verfetteten Talgdrüsenzellen herrührenden Zellmembranen auf ihr chemisches Verhalten, so ist erstens ihre auffällige Resistenz gegen verdünnte Alkalien (z. B. 30 % Kalilauge) zu erwähnen. Sie quellen darin sehr stark auf, ohne sich nach längerer Einwirkung aufzulösen. Ebenso leisten sie einer Pepsinsalzsäurelösung (0,4 % ClHl) gerade solchen Widerstand, wie die Hornzellen. Kleine frische Hautstückchen wurden in dieser Verdauungsflüssigkeit bei einer Temperatur von ca. 30 ° tagelang gelassen und während das Bindegewebe, die Zellmembranen der Fettzellen, das Protoplasma der Drüsenzellen und der Epidermiszellen verdaut war, waren die Membranen der im Ausführungsgang der Talgdrüsen liegenden Zellen gut erhalten, gerade so wie diejenigen der Hornzellen und wie das elastische Gewebe. Es wurde auch ausgepreſster Hauttalg und entfetteter Hauttalg Verdauungsversuchen unterworfen, welche jedesmal dasselbe Resultat lieferten. Während also die Zellmembran der secernierten Talgzellen in diesen Beziehungen der Hornmembran der verhornten Epidermiszellen gleich ist, zeigt sie jedoch in tinktorieller Hinsicht Unterschiede: sie hält die Anilinfarbstoffe nicht sehr fest und entfärbt sich nicht erst in saurem Alkohol, sondern bereits in gewöhnlichem, während die Hornsubstanz bekanntlich diese Farbstoffe gegen die Einwirkung dieser Reagentien und noch stärkerer bewahrt.

Aber das Verhalten der Talgzellenmembran gegenüber den verdünnten Alkalien und Pepsinsalzsäure ist wichtiger als die Färbbarkeit, und muſs dieselbe daher in chemischer Hinsicht der verhornten Membran der Epidermiszellen an die Seite gestellt werden. Ob die Substanz, aus welcher die Talgzellenmembran besteht, schon als Horn bezeichnet werden darf, könnte immerhin noch zweifelhaft sein, weil es auch bekanntlich nicht aus Keratin bestehende Gewebe gibt, welche dasselbe chemische Verhalten zeigen, wie das Sarkolemm der Muskelfasern, das elastische Gewebe. Aber andererseits lieſse sich auch nichts dagegen einwenden, wenn man sagt, daſs die verfetteten Talgdrüsenzellen schlieſslich verhornen.

Scheinbar sind wir nun zu derselben Auffassung von dem normalen Talgdrüsensekret gekommen, wie sie den dermatologischen Lehrbüchern geläufig ist, welche ja auſser von Fett auch von Epidermisschuppen, -zellen, -schollen oder gar von verhornten Epidermiszellen sprechen. Diese

Epidermiszellen sind aber die die Oberfläche der Haut bedeckenden Hornzellen und diese werden sicherlich nicht von den Talgdrüsen geliefert, kommen nur in sehr geringer Anzahl im normalen Sekrete vor und stammen dann entweder von dem mit Hornschicht bedeckten Ausführungsgang oder von der Oberfläche der Haut. Die im normalen Talgdrüsensekret zu findenden verhornten (oder vorsichtiger ausgedrückt aus einer mit dem Keratin mehrere Reaktionen teilenden Substanz gebildeten) Zellen haben weder in ihrer Bildung, noch in ihrer Morphologie so grofse Ähnlichkeit mit den gewöhnlichen Oberflächenhornzellen, dafs sie mit ihnen für identisch erklärt werden können. Die ausgeschiedenen Talgdrüsenzellen entstehen aus der wandständigen Acinuszelle durch Verfettung des Protoplasma, dessen Plastinnetz deutlich erkennbar ist, unter Degeneration des Kernes und mit schliefslicher Verdichtung der Zellmembran. Die gewöhnliche Hornzelle dagegen hat bekanntlich eine ganz andere Entwickelungsgeschichte. Und dies zeigt sich auch unzweifelhaft an dem Äufseren beider Zellarten: im Talgdrüsensekret sieht man nach Einwirkung quellender Mittel, aufser dem fettigen Inhalt, nur eine zarte Membran, die dünne, keratoid veränderte Aufsenschicht der Acinuszelle — wogegen die Hornzelle auf den ersten Blick als solides Gebilde erscheint mit einer dickeren Begrenzungschicht, welche einen komplizierter gebauten Inhalt einschliefst: eine körnige Masse, Kernhöhle, Kernrest oder gut erhaltenen Kern (normal an bestimmten Hautpartieen, pathologisch bei zahlreichen Erkrankungen). Es kann demnach eine Verwechslung zwischen abgesonderter Talgdrüsenzelle, welche sich unter dem Mikroskop als zusammengefaltete, zart konturierte Membran repräsentiert, und gewöhnlicher Oberflächenhornzelle, welche sich als vieleckige, scharfkantige Schuppe oder kubisches Gebilde zeigt, gar nicht stattfinden.

Das normale Sekret der Talgdrüsen besteht also aus einem flüssigen und einem festen Teile; ersterer ist ein flüssiges Fett, letzterer die nach Austritt des Fettes übrig gebliebenen, keratoid veränderten Membranen der Talgdrüsenzellen. Dazu können noch kommen jüngere Stadien der Talgdrüsenzellen, die maulbeerförmigen Zellen, ferner vom Ausführungsgang der Talgdrüse oder vom Haarbalge stammende Hornzellen, Hornzellen von der Hautoberfläche und sonstige, mehr zufällige Elemente oder durch längeres Liegenbleiben des Sekretes bedingte Umsetzungsprodukte desselben. Die von Kölliker in der *Mikr. Anat.* 1850 gegebene Beschreibung des normalen Talgdrüsensekretes entspricht demnach am besten und am vollständigsten den Thatsachen.

Nach Abschlufs dieses Artikels lese ich in der Habilitationsschrift von Kromayer über die pathologische Anatomie der Psoriasis (Sep.-Abd. *Archiv f. Dermat.* 1890), dafs er bei seinen Verdauungsversuchen an der Haut die Membran der Epidermiszellen resistent fand und zwar in immer

höherem Mafse von dem Strat. spin. angefangen bis zu der echten Keratinmembran der Hornzelle. Es würde danach die keratoide Membran der ausgeschiedenen Talgdrüsenzelle nicht so sehr der verhornten Membran der Hornzelle entsprechen, als vielmehr der Membran der höher gelegenen Zellen des Stratum spinosum.

Versammlungen.

X. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Berlin.

Vom 4. bis 9. August 1890.

XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Dr. Stranz-Berlin.[1]

1. Sitzung am 4. August nachmittags.

Unter Teilnahme der glänzendsten Vertreter der Dermatologie aus allen Teilen der Welt wird die Sektion von Herrn Lassar eröffnet. Auf seinen Vorschlag wird eine gröfsere Anzahl der hervorragendsten Mitglieder zu Ehrenpräsidenten erwählt, die abwechselnd den Vorsitz führen sollen. Die eigentliche Geschäftsleitung hatten die Herren Neisser, Unna und Wolff übernommen. Her Caspary heifst im Namen der deutschen Dermatologen die Versammlung herzlich willkommen und hebt mit Stolz die Fortschritte und das wachsende Ansehen der dermatologischen Wissenschaft hervor.

Als Vorspiel der eigentlichen Sitzungen erfolgt sodann durch Herrn Bayles Verlesung einer Abhandlung von Edison, die zum Inhalt die **Zerstörung von Steinkonkrementen auf elektrischem Wege** hat.

2. Sitzung am 5. August morgens 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Köbner.

Das Bureau wird durch Wahl der Sekretäre ergänzt. Auf Vorschlag Unnas wird mit kleineren Mitteilungen begonnen.

Herr Paschkis (Wien): **Über Anwendungsweisen des Lanolins.** Redner hebt die ausgezeichneten Eigenschaften des Lanolins hervor, seine Indifferenz, Verhalten gegen Mikroben u. a. Lanolin gibt mit Seifen und Fetten brauchbare Salbengrundlagen. Dieselben unterliegen jedoch Veränderungen. Absolut keiner solchen sind Mischungen von Lanolin mit Mineralfetten ausgesetzt, und unter diesen ist Ungt. lanolin. (Lanolin mit Paraffin, Cetaceum und Wasser), weil absolut säurefrei, die beste Mischung, welche 50 % Wasser und alle Arzneikörper aufnimmt. Die damit bereiteten Salben halten sich unbegrenzt lange.

---

[1] Anmerkung des Referenten: Durch die Überweisung eines akustisch absolut untauglichen Lokals, in dem noch dazu ein in kürzesten Zwischenräumen sich stetig wiederholendes donnerähnliches Geräusch, — verursacht durch die Stadtbahn — die Anwesenden nervös machen konnte (um mit Herrn Leloir zu reden), wurden leider die Zuhörer wie die Vortragenden in empfindlicher Weise gestört.

Der Referent bittet daher im voraus für etwaige kleine Mifsverständnisse oder Ungenauigkeiten um Entschuldigung.

Diskussion.

Herr UNNA ist derselben Meinung wie P. und bemerkt, dafs er in seiner gegenwärtig im Druck befindlichen Arbeit ähnliche Ausführungen mache.

Thema I.

Herr LASSAR: **Behandlung der entzündlichen Hautkrankheiten.** Redner streift das Thema nur mit wenigen Worten, da zu seinem Bedauern seine Referenten abgesagt haben. Die meisten Hautkrankheiten, welche sich auf der Oberfläche des Körpers abspielen, sind Kombinationen verschiedener pathologischer Vorgänge, z. B. die Sykosis, bei der zu den gewöhnlichen primären Sykosispilzen noch sekundär die Staphylokokken kommen. Wir müssen deshalb bei den entzündlichen Hautkrankheiten stets nach den Ursachen forschen, wie es z. B. Herr BLASCHKO bei einer Reihe Ekzemen gethan hat, den Gewerbeekzemen.

Bei akuten Ekzemen soll man, wie allgemein geglaubt wird, das Wasser vermeiden, allein L. behandelt viele akute Ekzeme mit Wasser, indem er die betreffenden Patienten im Wasserbade einteert.

Wir dürfen nur für kurze Zeit antibakterielle Mittel auf der Haut anwenden und müssen dann eine Zeit der Ruhe für die Haut eintreten lassen.

Thema II.

Diagnose, Prognose und Therapie der chronischen Gonorrhoe bei Mann und Weib. (Herr DOUTRELEPONT-Bonn).

Referenten: Herren CAMPANA, FINGER, JULLIEN, NÖGGERATH und SINCLAIR.

Herr DOUTRELEPONT verzichtet zu Gunsten der Referenten.

Herr FINGER unterscheidet zwei Stadien der chron. Gonorrhoe:

1. Kleinzellige Infiltration des subepithelialen und submukösen Bindegewebes,

2. Stadium der Cirrhose. Umwandlung der Zellen in schrumpfendes Bindegewebe.

Komplikatorische Erscheinungen des ersten Stadiums sind: katarrhalische Desquamation des Epithels, katarrhalische und periglanduläre Erkrankung des Lumens und der Drüsen.

Der Ausgang des zweiten Stadiums ist Xerose der Schleimhaut, Striktur- oder Schwielenbildung.

Den Stadien entsprechen in recenteren Formen: Tripperfäden und Schleimproduktion, in älteren Formen: Tripperfäden.

Ist der Sitz in der pars anterior: klarer Harn nach Ausspülung der pars anter.; bei Sitz in der pars poster.: Trübung der zweiten Portion, Fäden im Urin bei der Zweigläserprobe.

Tiefer greifende Veränderungen in der pars prostatica machen sexuell-neurasthenische Beschwerden, z. B. Spermatorrhoe, event. schliefslich auch Impotenz.

Der Urethrometer ist für die Diagnose des Sitzes, der Dichte der Infiltrate und der mehr oder minder bedeutenden Umwandlung der Schleimhaut in Bindegewebe unentbehrlich.

Die Endoskopie gibt Aufschluſs über Sitz und Anzahl der Infiltrate, nicht über Dichte und Resistenz.

Die Therapie besteht bei recenten diffusen Fällen in der Anwendung von verdünnten Lösungen von Adstringentien, bei circumscripten Herden 1. in lokalisierter Applikation von konzentrierten Adstringentien (GUYON, ULTZMANN, Endoskop, Salbenspritzen), 2. in der mechanischen Behandlung: Sondenkur, Dilatatorien, Urethrotomie.

Es übernimmt sodann Herr Leloir den Vorsitz.

Herr Sinclair spricht über **die Therapie der chronischen Gonorrhoe bei Frauen.**

Er erwähnt die Häufigkeit der chronischen Gonorrhoe bei unfruchtbaren Frauen, von Gynäkologen als Gonorrhoe häufig nicht erkannt. Behandlung: Sublimat, Jodtinktur, Chlorzinklösung. Die Vulvo-vaginal-Drüsen, besonders die Bartholinischen Drüsen, sind bei Gonorrhoe angegriffen, doch können diese auch aus anderen Ursachen, so z. B. durch Schmutz und Unreinlichkeit erkranken. Die Ansteckungsgefahr von der Frau auf den Mann ist nicht so grofs wie umgekehrt. Es handelt sich daher bei der Behandlung weniger um die Ansteckungsgefahr, als um das Wohl der Frau, da die Entzündung, indem sie den Uterus überschreitet, zu den unangenehmsten Komplikationen führen kann.

Herr Jullien (Chirurgien de St. Lazare, Paris): Autoreferat. **Einige weniger bekannte Komplikationen der chronischen Gonorrhoe und ihre Behandlung.** Ich will mich nur mit den gonokokkenhaltigen Ausflüssen beschäftigen, welche in das chronische Stadium eingetreten und allgemein charakterisiert sind durch die Absonderung eines Sekretes, durch Fäden in diesem Sekrete und durch Diplokokken in diesen Fäden.

Es gibt wenige Ausflüsse, welche vollständig heilen, und das chronische Stadium, welches darauf eintritt, ist von einer aufsergewöhnlichen Hartnäckigkeit. Was mich anbelangt, so glaube ich nicht, dafs es sichere Mittel gibt, welche die Heilung, auch wenn man das Mikroskop in der Hand hat, mit mathematischer Genauigkeit herbeiführen. Selbst in den Fällen, welche der Kliniker als geheilt betrachten könnte, habe ich noch Gonokokken nachweisen können, das will sagen: Die latente Ursache der Recidive, und zwar noch nach einer Reihe von Monaten. Ich lenke die Aufmerksamkeit auf folgende Komplikationen.

1. Die akute Cystitis, ebenso akut wie während des Verlaufs der frischen, kalten Pisse, mit Entleerung von Eiter und Blut (Pollakiurie), heftigen Schmerzen, Abmagerung und drohenden Komplikationen vonseiten der Nieren.

2. Die Epididymitis acuta, selbst subacuta, mit Orchitis, Vaginitis und Funiculitis, diversen Schmerzen und heftigem Fieber.

3. Impotenz oder zum wenigsten Schwächung des männlichen Zeugungsvermögens. Wenn man bei einem accidentell Impotenten nach Fäden sucht, wird man fast immer den Beweis einer originellen „Chaudepisse“ finden. Wenn man die geeignete Behandlung einschlägt und die Fäden zum Verschwinden bringt, wird sich die Zeugungskraft wieder einstellen.

4. Die totale Sklerose der Harnröhre charakterisiert sich durch eine allgemeine Tendenz zur Verengerung des Meatus im Blasenhalse. Der Epithelüberzug ist trocken und runzelig, die Schleimhaut scheint atrophisch zu sein und ihre Drüsen sekretieren wenig. Die Sonde passiert schwer und die gewaltsame Dilatation ist geboten.

5. Hämorrhoiden der prävesikalen Gegend der Harnröhre (meist bei gichtkranken Personen beobachtet), auch aus den rektalen und analen Venen, kurz mit einem Worte aus dem Venensystem des kleinen Beckens (du système à sang noir du petit bassin), welches der Stase und Kongestion unterliegt. Die Kranken klagen über einen kontinuierlichen brennenden Schmerz, der sich in dem Momente, wo der Gichtanfall nachläfst, bis zur Unerträglichkeit steigert. Gleichzeitig offenbart der Urin ein Überwiegen der organischen Harnbestandteile.

In Bezug auf die Behandlung der chronischen Gonorrhoe leistet das Endoskop wenig. Als ultima ratio bleiben immer die Einspritzungen, welche, wenn sie sehr wirksam sein sollen, folgendermafsen angewendet werden müssen:

1. sehr häufig, 20—30, von 2 zu 2 Tagen zu wiederholen;

2. häufig abwechselnd, denn ein Medikament verliert schnell seine Wirkung auf die Harnröhre. Ich wende der Reihe nach an, Argent. nitr., Sublimat, Creolin, Resorcin etc.;

3. In steigender Prozentuierung. Die Heilung wird nur erreicht, wenn man mit den Dosen des wirkenden Medikamentes steigt, z. B. Argent. nitr. von $^1/_{150}$ bis $^1/_{30}$, Sublimat von $^1/_{1000}$ bis $^1/_{100}$, Creolin von $^1/_{100}$ bis $^1/_{10}$ etc.

Endlich habe ich neuerdings angewendet und kann es nur empfehlen: urethrale Waschungen mit Mineralwässern. Man begreift, wie sehr man diese Therapie variieren kann und welche Hilfsquellen sie dem Praktiker erschliefst.

Herr Nöggerath (Wiesbaden) spricht über **die Behandlung der Folgeerkrankung der chronischen Gonorrhoe beim Weibe.**

Bei Behandlung der Endometritis warnt er vor Dilatation mit Quellstiften und nachfolgender Ausspritzung, empfiehlt Applikation von Heilmitteln mittels watteumwickelter Sonde: concentrierte Lösung gleicher Teile Jod und Karbolsäure in absolutem Alkohol oder 50 % Chlorzinklösung. Als beste Methode: Applikation der Arzneimittel in Stäbchenform. So z. B. wendet er 10—20—50 % Chlorzinkbacillen an, die 10—15 Minuten im Uterus bleiben.

Bei Perimetritis leistet Sublimat gute Dienste, örtlich heifse Douchen, Bepinseln mit Jod, Ichthyolbehandlung, Elektrizität, Massage (speziell bei Parametritis).

Bei Flüssigkeitsansammlungen in den Tubensäcken: kapillare Punktion. Bei mehrkammerigen Tubensäcken Laparotomie, deren Endresultate in Bezug auf Hebung der Schmerzhaftigkeit jedoch noch viel zu wünschen übrig lassen.

Es folgt Herr Campana (Genua): Diagnose, Prognose, Therapie beim Manne.

Herr Janowsky (Prag) über **Endoskopie der weiblichen Harnröhre.**

Sie ist bisher stiefmütterlich behandelt worden, unter den wenigen Autoren sind Grünfeld, Winkel und Oberländer hervorzuheben. J. hat an 150 Fällen, bei denen unzweifelhaft der Gonococcus gefunden wurde, seine Untersuchung gemacht. Das gerade Grünfeldsche 4 cm lange Endoskop genügt. Möglichst intensive Beleuchtung mit elektrischem Lichte ist zu empfehlen.

Bei der akuten Gonorrhoe ist die Endoskopie schwierig. Die Karunkeln sind geschwollen, manchmal befinden sich kleine Abscesse an den Wandungen; Ergriffensein der Lakunen, Beteiligung der follikulären Drüsen. Reflexe defekt.

Bei der chronischen Urethritis beteiligen sich so ziemlich sämtliche Bestandteile der Urethral-Schleimhaut. Das Gewebe um die Lakunen ist der Ausgangspunkt der sogenannten granulären oder papillären chronischen Urethritis.

Hierauf zeigt Zuelzer **Spülapparate zur Behandlung der Gonorrhoe.**

Herr Arthur Kollmann (Leipzig): **Über Elektroendoskopie der Harnröhre mit Demonstration.** (Autoreferat.)

Der Vortragende liefs zunächst mehrere von Oberländer eigens für den Kongrefs gemalte Tafeln cirkulieren, welche sowohl normale Harnröhrenschleimhaut als auch verschiedene Stadien des akuten und chronischen Trippers und die papillomatösen Wucherungen der Harnröhre zum Gegenstand hatten. In derselben war übrigens nicht nur die pars anterior, sondern auch die pars posterior berücksichtigt. In ein-

zelnen Figuren sah man ferner auch die Erfolge der Behandlung durch die Oberländerschen Dilatationen. Eine besondere Tafel beschäftigte sich ausschliefslich mit den Geschwülsten der Blase. Die Oberländersche Figur, welche die Psoriasis mucos. darstellt, gab dem Vortragenden Veranlassung, seine eigenen Mikrophotogramme von Harnelementen zur Sprache zu bringen, wobei er auf gewisse neue diagnostische Gesichtspunkte aufmerksam machte. Das, was Oberländer Psoriasis nennt, besteht mikroskopisch in der Hauptsache aus Schollen von Pflasterepithel. K. demonstrierte darauf seinen photoelektroendoskopischen Apparat, mit dessen Hilfe er photographische Aufnahmen des Harnröhreninnern (Radiusfaltung, Morgagnische Krypten u. s. w.) gemacht hat. Dafs dies möglich, spricht gewifs sehr für die grofse Helligkeit bei der endoskopischen Methode Oberländers. — Schliefslich demonstriert der Vortragende noch ein neues von Mr. Scripture in Zürich angegebenes druckmessendes Dilatatorium.

An der hierauf folgenden kurzen Diskussion beteiligten sich die Herren von Watraczewski, Casper, Finger.

Schlufs der 2. Sitzung.

Thema III.

Das Wesen der Arzneiexantheme.

Herr Unna leitet die Diskussion über dieses Thema mit der Bemerkung ein, dafs es wie wenige andere Themata ein internationales Interesse habe und von den verschiedensten Standpunkten aus beleuchtet werden müsse, ehe man tiefer in das Wesen dieser Ausschlagsformen eindringen könne. Um wirkliche Resultate zu erzielen, habe er es für notwendig gehalten, drei bestimmte, eng begrenzte Fragen herauszugreifen, über welche die Herren Referenten zunächst referieren würden und welche Herr Unna deshalb in Kürze motiviert. Es sind dieses die folgenden Fragen:

1. Sind die unbegrenzt fortschreitenden Erytheme und Blaseneruptionen nach begrenzter äufserlicher Einwirkung gewisser Medikamente (Sublimat, Jodoform) auf eine Stufe zu stellen mit den allgemeinen Eruptionen nach innerem Gebrauch oder nicht?

2. Sind die akneiformen Arzneiexantheme nach Jod- und Bromgebrauch Folge der Ausscheidung dieser Stoffe durch die Talgdrüsen oder nicht?

3. Sind die dynamischen Arzneiexantheme Behrends als indirekt erzeugte von den direkt erzeugten „spezifischen" Arzneiexanthemen zu trennen oder nicht?

Über die erste Frage erstattet Herr Colcott Fox (London) ein eingehendes Referat. Dasselbe wird ausführlich in dieser Zeitschrift erscheinen. Der Referent Dr. Morrow (New-York) für die zweite Frage ist am Erscheinen verhindert. Als Einleitung zur Diskussion dieser Frage demonstriert Herr Unna eine grofse Reihe vorzüglicher Abbildungen von Brom-, Jod-, Chloral- und Arsenikexanthemen aus den reichen Sammlungen der Herren Jonathan Hutchinson, Colcott Fox und Crocker (London). Darauf folgt ein Referat von Herrn Brooke (Manchester) über die dritte der aufgestellten Fragen, welches sich in extenso zu Eingang dieses Heftes (pag. 193) abgedruckt findet.

Diskussion.

Herr Leloir beschränkt sich, um die Diskussion nicht über Gebühr in Anspruch zu nehmen, auf die Mitteilung dreier Fälle:

1. Ein Ausschlag nach Verordnung von Hydrargyrum, welcher das Bild des Ekzems vortäuschte und leicht Veranlassung zu einer falschen Diagnose geben konnte, sowohl wegen der Lokalisation, als auch wegen des begleitenden Juckens.

2. Ein Exanthem nach Natrium salicylic., welches eine Riesenurticaria vortäuschte und aufserdem noch begleitet war von Quaddeln auf den Fufssohlen und in den Hohlhänden, welche pseudo-rheumatische Knoten vortäuschten.

3. Endlich ein Sulfonalexanthem, welches in einem allgemeinen makulösen Erythem bestand, sich hauptsächlich am Rumpfe und an den Flanken lokalisierte und eine syphilitische Roseola vortäuschte.

Herr Neumann erwähnt, dafs Arsenexanthem öfter mit Variolen verwechselt worden ist — unterscheidet die diffus und circumscript auftretenden Exantheme und macht auf die an den Schleimhäuten auftretenden Arzneiexantheme aufmerksam.

Herr Petersen bespricht eine Eigentümlichkeit des Auftretens von Arzneiexanthemen nach unlöslichen Quecksilbersalzen. Während in der ersten Woche nach der Injektion ein universelles Erythem auftrat, rief die Injektion in den drei weiteren Wochen nur ein Exanthem am Unterleib hervor, in der dritten Woche erfolgte keinerlei Exanthem. Dies wiederholte sich bei Injektion von Kalomel, Hydrarg. oxyd. flav., Hydrarg. salicylic.

Herr Behrend verwahrt sich gegen die Fassung Unnas; er habe nur von „dynamischen" Exanthemen gesprochen, die Stoffe haben nicht als Arznei, sondern als fremde Körper das Exanthem hervorgerufen. Im Gegensatz hierzu gibt es Exantheme, die sich physiologisch z. B. durch Lähmung der Vasomotoren erklären lassen. Die Ausschlagsformen bei innerer und äufserer Anwendung seien vollständig von einander zu trennen. Bei ersterer Anwendung erscheine ein begrenztes und bestimmtes Exanthem, bei innerer könne das Exanthem alle mögliche Formen wie Urticaria, Erythema exsudat. etc. annehmen.

Herr Dubois-Havenith (Brüssel): Nach den zahlreichen Fällen, welche soeben in Wort und Bild vor Augen geführt, sind einige neue Fälle von weniger Interesse. Doch wird man wohl zu Gunsten des folgenden Falles eine Ausnahme gestatten. Es handelt sich um ein Bromexanthem, bestehend in grofsen ulcerierten Flatschen, die sowohl auf sämtlichen Extremitäten wie auf dem Rumpfe sich lokalisierten. Dies Exanthem bietet ein gewisses Interesse durch folgende Punkte.

1. Wegen des Aussehens der Affektion und des Vorhandenseins von pigmentierten Narben wurde die Diagnose auf Syphilis gestellt, nicht von einem prakt. Arzte, sondern von einem Dermatologen. Die Affektion wurde zu wiederholten Malen als syphilitisch behandelt.

2. Der Kranke leidet seit seinem dritten Jahre an Epilepsie, hatte sich einer Brombehandlung unterzogen und konnte sehr grofse Dosen von Bromkalium innerhalb eines Zeitraumes von mehr als 12 Jahren vertragen ohne jeden störenden Zufall. Warum hat sich nun hier mit einem Male eine Intoleranz gegen Brom entwickelt? Mufs man die Erklärung hierfür in einer präexistierenden Läsion der Niere suchen, wie es die neueren Arbeiten von Ehlers supponieren? Ich bin nicht auf den Gedanken gekommen, diesbezügliche Urinuntersuchungen zu machen.

3. Die durch das Brom hervorgerufenen Hautplaques wichen in weniger als 6 Wochen nach Aussetzen des Medikamentes bei einfachem Heftpflasterverband, welchen sich der Kranke erfahrungsgemäfs selbst anlegte.

Herr Janowsky ist der Ansicht, dafs viele Exantheme als Arzneiexantheme angesehen werden, die es in Wirklichkeit nicht sind. So hätte er beobachtet, dafs Thymol-Quecksilber bei der Injektion dasselbe Exanthem hervorgebracht habe, wie einfaches Paraffin.

Herr Köbner macht einen Unterschied zwischen Exanthemen nach innerer oder äufserer Anwendung von Arzneien, letztere will er nicht als Arzneiexantheme bezeichnet wissen. Er erwähnt einen Fall von Chininexanthem, wobei Desquamation

wie bei Scharlach auftrat. Gegenüber den Substanzen, die so allgemein wirken, stellt er Arzneien, die blofs quantitativ wirken. — Die Wirkung gewisser Arzneien ist durch eine in der Haut liegende Disposition zu erklären.

Herr UNNA spricht in einem Schlufswort seine Befriedigung über die lebhafte Debatte aus und dankt speziell seinen englischen Freunden, die sich für die angeregten Fragen so lebhaft interessiert hätten.

(Der Bericht über die weiteren Verhandlungen des Internationalen medizinischen Kongresses erscheint im nächsten Heft.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomisches.

Die Anhängsel der Haut, von CH. RÉMY. (*Journ. des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. pag. 65 ff.) Die vorliegende Arbeit, die einen Auszug aus einem gröfseren Werk RÉMYS *(Nouveau Manuel des Travaux pratiques d'Histologies)* bildet, befafst sich mit der Anatomie der Hautanhänge und bespricht der Reihe nach den feineren Bau der Schweifs- und Talgdrüsen, der Haare im verschiedenen Alter, der glatt- und quergestreiften Hautmuskulatur, der Nägel, Nerven- und Blutgefäfse u. s. w. Die Arbeit, die in knapper Form alles Wissenswerte zusammenstellt, eignet sich nicht zu einer kurzen Wiedergabe. Der Leser sei daher auf das Original verwiesen.

Türkheim-Hamburg.

Über die Deutung der von HERXHEIMER im Epithel beschriebenen Fasern, von E. KROMAYER. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.) K. bestätigt die HERXHEIMERschen Befunde;[1] im Gegensatz jedoch zu HERXHEIMER, welcher die spiraligen Fasern vielleicht für ein besonderes Saftbahnsystem oder für Nervenendfasern ansprechen zu müssen glaubt, hält K. dieselben für Protoplasmafasern und nennt sie „Basalfasern", welche im Protoplasma der Epithelzellen verlaufen. Zur Darstellung derselben gibt der Verf. eine eigene Methode an, die aber nach seinem eigenen Ausspruche noch mangelhaft ist und wegen des Verpassens des glücklichen Momentes, in dem die Austrocknung des Schnittes die richtige ist, nicht stets gute Resultate liefert.

Die von HERXHEIMER als „verwirrendes Netz" bezeichnete Fasernanhäufung glaubt K. als eine optische Täuschung ansehen zu müssen, die dadurch bedingt ist, dafs die betreffenden, den Zellkern umspinnenden Fasern in verschiedenem Focus gelegen sind.

P. Taenzer-Leipzig.

Physiologisches.

Zur Hautresorption im Bade. Vereinsbericht der medizinischen Gesellschaft in Basel vom 5. Dezbr. 1889. (*Korrespondenzblatt f. schweizer Aerzte.* 1890. No. 6.) KELLER kommt an der Hand von 4 Versuchsreihen mit 3—6%igen Kochsalz-, sowie 3%igen Jodnatriumbädern, welche zur stark überwiegenden Mehrzahl negativ aus-

---

[1] S. Referat *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. X. pag. 368.

fielen, zu dem Resultate, daſs eine Resorption durch die gesunde Haut auszuschlieſsen sei. Die dabei beobachtete, teilweise bedeutende Vermehrung des Chlorabganges sei als eine Folge des beschleunigenden Einflusses auf Blut- und Lymphcirkulation zu betrachten, indem ähnliche Versuche unter dem Einflusse von Alkohol und Massage zu einer Steigerung der Chlorausscheidung bis 49,3% führten.

Bei den Versuchen mit Jodnatriumbädern, wovon 80% negativ ausfielen, hält der Vortragende eine Jodresorption durch die Urethra für möglich. Eine solche durch die Lungen war nicht anzunehmen, da im Destillat des Badewassers kein Jod nachgewiesen werden konnte.

Die Imbibition der Haut mit Jodnatrium fand er sehr stark, indem sich noch nach 3 Stunden solches auswaschen lieſs. *C. Müller-Hamburg.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Beitrag zur Statistik der malignen Tumoren, von Carl Müller. (Dissert. Bern 1890.) Das Material, dem die Sektionsprotokolle des pathologischen Instituts zu Bern zu Grunde gelegt sind, umfaſst 3363 in einem Zeitraum von mehr als 17 Jahren vorgenommene Sektionen, von denen 474 also 14% auf maligne Tumoren-Karcinome und Sarkome kommen. Dieselben werden vom Verf. zunächst in chronologischer Reihenfolge aufgeführt, später für die einzelnen Organe ziffernmäſsig zusammengestellt. Es ergibt sich ein Häufigkeitsverhältnis der Sarkome zu den Karcinomen wie 1:6. Am Schlusse der mühsamen, mit groſsem Fleiſse angefertigten Arbeit werden die Verhältnisse von Alter und Geschlecht, die Verbreitung der Metastasen und das diesbezügliche statistische Material aus der Litteratur zur Vergleichung herangezogen.
Berliner-Hamburg.

Ätherische Lösungen in der Hauttherapie, von J. Sawyer. (*Lancet.* 12./7. 1890.) Der Verf. behauptet, es gäbe drei verschiedene Hindernisse, welche dem Eindringen der Medikamente in die Haut entgegenarbeiten, nämlich die Oberhaut, die Talgabsonderung und die relative Unlöslichkeit der angewandten Medikamente in jedem besonderen Falle. Er schlieſst aus seinen Versuchen, daſs Äther ein besseres Lösungsmittel ist als Pflaster, die arzneilosen Linimente oder fettige Salben. Im Nachstehenden seien die Vorteile einer Ätherbehandlung aufgeführt:

1. Der Äther hat groſse endosmotische Kraft und die Eigenschaft der Diffusion.
2. Derselbe ist ein gutes Lösungsmittel für viele Drogen.
3. Er löst das Hautfett.

Wenn man die ätherische Lösung eines Medikamentes auf die Haut bringt, so wird die letztere durch den Äther entfettet und das Medikament kommt so in direkte Verbindung mit der Epidermis. Der Verf. hat mit Erfolg Capsicum, Belladonna, Jod und Menthol versucht. Bei Belladonna zieht er die Lösungen aus den Blättern denen aus den Wurzeln vor. *H. Leslie Roberts-Liverpool.*

Die Dermatoneurosen, von H. Leloir. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* April 1890.) In der vorliegenden Abhandlung macht Leloir zum ersten Mal den Versuch, die groſse Menge der bislang bekannten Dermatoneurosen zu klassifizieren. Unter Dermatoneurose versteht er „jedes Hautleiden, das infolge einer

Erkrankung des Centralnervensystems, der peripheren Nerven, oder der Ganglienzellen entsteht"; es sind also nicht nur reine Hautneurosen, wie Hyperästhesie, Pruritus u. s. w. gemeint, sondern sämtliche Ausschlagsarten, deren Entstehung auf einen nervösen Ursprung zurückgeführt werden kann. L. versucht nun von zwei verschiedenen Gesichtspunkten aus die Dermatoneurosen zu ordnen, indem er einmal vom physiologischen, das anderemal vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus an die Frage herantritt; in dem ersten Fall gelangt er zu fünf, in dem zweiten zu zwei Hauptgruppen.

I. Physiologische Einteilung:

1. Reine sensible Dermatoneurosen; hierher gehören nur die verschiedenen Formen der Haut-Hyperästhesie und -Anästhesie. (Dermalgie, Pruritus u. s. w.)

2. Reine motorische Dermatoneurosen; einzige Gruppe die Cutis anserina.

3. Reine vasomotorische Dermatoneurosen; diese Gruppe umfaßt verschiedene Haut-Hyperämien und Anämien; örtliche Asphyxie (Syncope) der Extremitäten, Erytheme, Ödem und Hämorrhagien der Haut; Urticaria.

4. Die eigentlichen Trophoneurosen der Haut. Hier unterscheidet L. 14 Abteilungen mit verschiedenen Unterabteilungen und zwar a. chronische Erytheme und mehr oder minder oberflächliche Dermatitiden; b—e papulöse, vesikulöse, bullöse, pustulöse Ausschläge; f. Ulcerationen; g. Gangrän; h. verschiedene chronische Ödeme und elephantiastische Formen; i. Sklerodermie?, Morphea?, Trophoneurosis facialis?, manche Hautatrophien?; k. die Nerven-Lepra und die gemischte Form der Lepra; l. manche Ichthyosis-Zustände der Haut; m. manche Hyperkeratinisationen; n. Pigment-Anomalien der Haut.

5. Die Dermatoneurosen der Hautdrüsen sowie der Hautanhänge; als selbstverständlich ergibt sich hier eine Einteilung in Dermatoneurosen der Schweiß- und Talgdrüsen (Hyper- und Anidrose, Haematidrose? — Akne rosacea; Seborrhoe?), der Haare (Canities, Alopecia) und der Nägel.

Es ist selten, bemerkt Leloir zum Schluß dieser Übersicht, daß die Dermatoneurose während ihrer ganzen Dauer auf eine der genannten Gruppen beschränkt bleibe; vielmehr habe man es meistens mit Mischformen zu thun; auch sei diese physiologische Einteilung für die Praxis kaum verwertbar.

II. Pathologisch-anatomische Einteilung:

1. Dermatoneurosen mit nachweisbarer Erkrankung des Nervensystems.

a. des Gehirns; hierüber sind unsere Kenntnisse noch zu lückenhaft;

b. des Rückenmarks;

c. der peripherischen Nerven;

d. des Rückenmarks nach vorheriger Erkrankung der peripherischen Nerven.

2. Dermatoneurosen ohne nachweisbare pathologisch-anatomische Erkrankung des Nervensystems.

a. die Reflexdermatoneurosen: Ekzem beim Zahnen; die Ausschläge bei Uterin-Leiden;

b. die Dermatoneurosen nach Gemütserschütterungen, Hautanämien und Hyperämien, Hämorrhagien, Erytheme Urticaria, Herpes, Pemphigus u. s. w.

Es war an dieser Stelle natürlich nur möglich, das Gerippe der Leloirschen Einteilung zu geben. Vielleicht aber fühlt sich Mancher dadurch veranlaßt, die Ausführungen des gelehrten Autors im Original nachzulesen.

Türkheim-Hamburg.

Über die symptomatischen Dermatoneurosen (Leloir), von Dr. Baude. (*Thèse de Lille.* 1889.) An einem grofsen Beobachtungsmaterial aus der Klinik von Leloir weist Verf. auf die Bedeutung hin, welche bestimmte Hauterkrankungen in diagnostischer Hinsicht für Nervenläsionen haben, welche ohne jene unbemerkt vorübergegangen oder erst später erkannt worden wären. Solche Hauterkrankungen nennt Leloir Dermatoneuroses indicatrices. *Tavernier-Lille.*

Pharmakologisches.

Lysol, ein neues Desinficiens, von Dr. Gerlach in Wiesbaden. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 22.) Dies neue Desinficiens, ein Produkt des Steinkohlenteers, ist frei von Karbolsäure, und sind Kresole das wirksame Agens. Sein Vorzug vor den bisher vorhandenen Antisepticis, besonders dem Creolin und der Karbolsäure, besteht in seiner stärkeren, bakterientötenden Wirkung, seiner geringeren Giftigkeit, seiner konstanten Zusammensetzung gegenüber dem Creolin, und dem Vorzuge der Billigkeit. Es eignet sich daher nicht nur zur Desinfektion, sondern auch in der Medizin überall da, wo man vorgehen mufs, ohne dafs man sich der Gefahr einer Intoxikation aussetzt.

Zur Wundbehandlung genügt eine 1%ige, zur Ausspülung des Uterus eine ½%ige Lösung. In 3%iger Lösung besitzt es die Eigenschaft der Seife und des Desinficiens gleichzeitig. *Gründler-Dresden.*

Cirkulationsstörungen.

Ein Fall von Erythema nodosum mit Ausgang in Vereiterung, von A. W. Hoisholt. (*Occid. Med. Times.* Aug. 1890.) Patientin, im Alter von 60 Jahren, hatte niemals an Rheumatismus gelitten. Es entwickelten sich ziemlich plötzlich auf der Dorsalseite erst der einen dann der anderen Hand schubweise charakteristische Knötchen und Knoten von Erythema nodosum. An der zuerst befallenen (rechten) Hand flossen dieselben zu einem ziemlich grofsen Abscefs zusammen, aus dem sich beim Inzidieren ca. ein Efslöffel Eiter entleerte. Die anderen sich bildenden Pusteln heilten ohne chirurgischen Eingriff. Die Diagnose stützte sich auf folgende Symptome: Gleichmäfsigkeit des Ausschlags, Schmerz, Fehlen von Juckreiz, diffuser Übergang der Knoten in die Umgebung, die centrale, blaurot gefärbte Depression derselben, das schubweise Auftreten, der günstige Einflufs von Salicylsäure etc. Kaposi hat zwar angegeben, dafs ein Übergehen der Affektion in Vereiterung bei Erythema nodosum nicht vorkomme, jedoch sind ähnliche Beobachtungen auch schon von Hardy und von Purdon verzeichnet worden. Verf. neigt auch dazu, das Leiden nicht als eine Angioneurose sondern als eine infektiöse Erkrankung aufzufassen.

Philippi-Nieheim.

Über eine eigenartige Hausepidemie in Thalweil (Ct. Zürich) berichtet L. Appert. (*Korrespondenzblatt f. schweizer Ärzte.* 8. Aug. 1890.) Von einer aus 11 Gliedern bestehenden Familie, die in sehr schlechten hygienischen Verhältnissen lebte

erkrankten innerhalb 8 Tagen 7 Kinder fieberhaft und zwar 4 unter ziemlich heftigen Erscheinungen vonseiten des Respirationstraktus, 2 mit Typhus abdominalis, eines mit Malaria. Bei 6 dieser Kinder trat bereits im Beginn der Erkrankung typisches Erythema nodosum auf, zu welcher Krankheitsspecies Verf. 4 der letztgenannten Fälle zählt, während in den beiden anderen das Erythem nur Teilerscheinung des Typhus bezw. der Intermittens war. Er ist der Ansicht, dafs es sich bei dieser Epidemie um diverse krankmachende und zu gleicher Zeit in Wirksamkeit tretende Gifte gehandelt habe. *C. Müller-Hamburg.*

Behandlung der Urticaria chronica nervosa mit Antipyrin, von Nitot. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. 1. S. 90.) Das Antipyrin erwies sich bei genannter Krankheit sehr wirksam, wie aus drei mitgeteilten Krankengeschichten hervorgeht. *Türkheim-Hamburg.*

Neurotische Entzündungen.

Ein typischer Fall von Dermatitis herpetiformis, von Louis Duhring in Pennsylvania. (*Americ. Journ. of the medic. sciences.* Juni 1890.) Verf. beschreibt den Krankheitsfall im Gegensatz zu einigen anderen Dermatologen, welche denselben Patienten in Behandlung hatten, als einen typischen Fall von Dermatitis herpetiformis, die charakterisiert ist durch multilokuläre, periodisch wiederkehrende Eruptionen von schwach erhabenen, erythematösen, bläschenförmigen Efflorescenzen, durch Bläschen und Blasen von verschiedener Gröfse, Gestalt und Begrenzung. Die subjektiven Symptome bestanden hauptsächlich in Jucken und Brennen. Das Allgemeinbefinden war durch Fieberattacken, Mangel an Appetit, übermäfsiges Schwitzen und grofsen Durst zeitweilig gestört. Der nervöse Charakter des Leidens zeigte sich durch Unruhe, Ängstlichkeit, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit des Patienten. — Unter den zahlreichen Mitteln, mit denen der Patient behandelt wurde, schien Schwefel als Salbe oder als Puder am besten zu wirken. Innerlich wurden Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Chloral etc. verordnet, aber ohne nennenswerten Erfolg.
Berliner-Hamburg.

In der Sitzung am 23. Mai 1890 der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien stellte Kaposi eine 22jährige bisher stets gesunde Frau vor, welche sich vor ca. vier Wochen einen eisernen Nagel in das Nagelbett des rechten Mittelfingers gestofsen hatte. Nach einigen Tagen traten an der Rückenfläche dieses Fingers, des Handrückens und des Vorderarmes Blasen auf. Da infolge Fehlens einer Lymphangoitis Infektion auszuschliefsen war, so konnte es sich nur um eine Nervenreizung handeln. Vor dem **Blasenausschlag** fühlte Patientin ein schmerzhaftes Brennen der Haut, welchem bald eine streng begrenzte Rötung folgte; nach einigen Stunden kamen Blasen zum Vorschein, welche platzten und nach Abstofsung der gebildeten Borke ohne Narben heilten. Der Blaseninhalt war frei von Bakterien. Später entstand öfters nach einem Nadelstich ein Blasenausbruch. Kaposi ist der Ansicht, dafs infolge der peripheren Erregung der Reiz auf das Rückenmark übertragen wird und von hier aus eine Erregung der Vasomotoren stattfindet, welche die Blasenbildung verursacht. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 22.) *Gründler-Dresden.*

Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von akuter, multipler Hautgangrän, von F. Doutrelepont. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.)

Der erste Teil der Krankengeschichte ist in dieser Zeitschrift Bd. V, pag. 539 referiert.

Infolge fortwährender Ausbrüche, die in strangförmigen oder rundlich geformten Plaques mit oder ohne vorangehende Hyperämie bestanden, wurde Patientin mehrere Male ins Spital aufgenommen. Die Affektion schien sich allmählich abzuschwächen, denn es traten nur noch Bläschengruppen auf, die zu einem Schorfe eintrockneten. Allmählich ging die Affektion auch auf die Schleimhäute über (Conjunctiva, Kehlkopf). Schliefslich starb die Frau an Lungentuberkulose. Bei der Sektion wurde aufser der Lungentuberkulose noch Thrombose der l. Vena femoralis gefunden, aber nichts, was mit dem Herpes zoster gangraenosus in ätiologischer Beziehung stand.

P. Taenzer-Leipzig.

Akute Exantheme.

Über die Röteln, von J. Seitz in Zürich. (*Korrespondenzblatt f. schweizer Ärzte.* 1890. No. 12—14.) Verf. verfügt über ein Material von 50 selbst beobachteten Fällen. Aus der Beobachtung derselben kommt er (mit Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur) zu folgenden Resultaten:

Es gibt eine besondere ansteckende Krankheit, Röteln, welche besonders in der Privatpraxis und in einzelnen Kinderinstituten vorkommt, während sie in allgemeinen Spitälern seltener beobachtet wird.

Eine besondere, bis jetzt noch unbekannte Pilzart liegt den Röteln zu Grunde; dieselbe wird blofs vom kranken Menschen aus an andere weiter gegeben und gedeiht leichter bei Kindern als bei Erwachsenen. Die erste Hälfte des Jahres, zumal der Winter, scheint der Entwickelung besonders förderlich zu sein.

Es werden alle Stände befallen.

Der Eintritt des Giftes in den Körper geschieht durch die Atmungsorgane.

Bezüglich der Inkubation glaubt S., dafs während derselben sicher häufiger Störungen vorliegen als gewöhnlich angenommen wird; ihre Dauer beträgt 17 bis 21 Tage. Die Übertragung erfolgt beim Ausbruch des Ausschlags und in den ersten Tagen. Prodrome können vollständig fehlen, ganz leichte sind zwar sehr häufig, schwere unbekannt.

Bei den leichten Formen, und zu diesen gehören die meisten Fälle, bestehen die Begleiterscheinungen des Exanthems in leichtem Katarrh der grofsen Luftwege. Die Temperaturerhöhung ist gering. Erscheinungen vonseiten des Darms, der Nieren, des Nervensystems, der Knochen, Gelenke und Muskeln fehlen.

Bezüglich der Ausbreitung des Ausschlags über den Körper, ist ein Fall bemerkenswert, bei dem nur die untere Körperhälfte vom Gürtel an befallen war.

Auch Rubeolae sine exanthemate sind verzeichnet.

Bei Reizung der Haut durch beständigen Druck konnte an den betreffenden Stellen Vermehrung des Ausschlags nachgewiesen werden.

Die Dauer der Krankheit vom Auftreten des Exanthems an beträgt meist 3 bis 4 Tage, zuweilen aber auch 8 bis 14. Die Desquamation ist gering.

Als Nachkrankheiten werden angeführt: Ekzema, Zoster, Herpes facialis, hartnäckige Dermatitis.

Verf. macht ferner auf das gleichzeitige Auftreten von Urticaria bei Rubeola aufmerksam, ja, in einem Falle bildete eine Urticaria den Ausschlag.

Zwei Fälle zeichneten sich dadurch aus, dafs unmittelbar auf eine Rubeola ein

scharlachähnlicher Ausschlag mit Angina u. s. w. folgte; Scharlach konnte jedoch aus mehrfachen Gründen ausgeschlossen werden.

Verf. läfst nun die Frage offen, ob es sich um schwere Nachschübe nach einer leichteren Form gehandelt habe.

Auch schwerere Fälle sollen vorkommen; Nachschübe und Recidive sind nicht selten, ebenso Mischinfektionen von Röteln mit Scharlach, Masern, Vaccine, Varicellen.

Die Differentialdiagnostik macht in den wenigsten Fällen Schwierigkeiten.

Die Therapie ist eine expectativ-symptomatische. *C. Müller-Hamburg.*

Über Wesen und Wert der Schutzpockenimpfung, von Julius Mahler in Wien. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 20.) Verf., ein Gegner des Impfzwanges, gibt eine kurze historische Übersicht der künstlichen Blatternimpfung und kommt dann auf die mit derselben einhergehenden Schädlichkeiten zu sprechen durch Anführung von Fällen aus der betreffenden Litteratur. An der Hand der Tierversuche Peuchs kommt er zu folgendem Schlufs: „das Kuhpockenkontagium schützt nicht vor Ansteckung durch Schafpocken, warum sollte es den Menschen vor Ansteckung durch echte Blattern schützen?“ Den Verteidigern der Impfung macht er den Vorwurf, die Statistik nicht mit gehöriger Objektivität verwertet zu haben und schliefst sich den Ausführungen Lobinsers an, dafs Deutschland sich in einer Periode der Ebbe der Blatternkrankheit befinde, wie dies in Wien vor 30 Jahren der Fall gewesen wäre. An Stelle der Blatternepidemie sei dafür, speziell in Berlin, die Diphtheritisepidemie getreten; nach Ablauf derselben würde trotz Impfzwang in Berlin die Blatternepidemie wieder ihren Einzug halten, und es erschienen daher gegenüber den grofsen, unerbittlichen Naturgesetzen, nach denen Epidemien kommen und verschwinden, Impfung und Impfzwang, als eine müfsige Spielerei, mit welcher sich ängstliche Gemüter beruhigen und täuschen wollen.

Gründler-Dresden.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Beiträge zur Ätiologie der Lepra. von Edv. Kaurin, ins Englische übersetzt von Linelsay Johnsen.

Verf., seit dem Jahre 1881 Leiter des Recknaes Hospitals, hat in einem Zeitraume von etwa 8 Jahren 95 Leprakranke in Behandlung bekommen. Von diesen hatten 48 die Krankheit acquiriert, d. h. es liefs sich mit Sicherheit feststellen, dafs Lepra vorher in ihren Familien nicht existiert hatte. Bei den meisten von ihnen konnte Verf. einen mehr oder weniger intimen Verkehr mit Leprösen nachweisen. Es ist namentlich die Landbevölkerung, in der Nähe der norwegischen Küste, deren überaus dürftige Verhältnisse ein engeres Zusammenwohnen und Zusammenleben bedingt und die deshalb relativ am meisten von der Krankheit heimgesucht werden. Enge, niedrige Häuser, schlecht ventilierte Wohnungen, Mangel an Reinlichkeit, Nahrungssorgen, grofse Entbehrungen, schlechte und unzureichende Nahrung und andere den ärmlichen Verhältnissen entspringende sociale Mifsstände tragen dazu bei, der Krankheit einen günstigen Boden vorzubereiten.

Es kommt noch hinzu, dafs während des langen Prodromalstadiums der Krankheit die Patienten gewöhnlich die unbestimmt auftretenden Symptome unbeachtet

lassen und dafs die Ärzte selbst in vielen Fällen aufser Stande sind, die Anfänge der Krankheit zu erkennen und durch eine rechtzeitig vorgenommene Behandlung und geeignete Vorsichtsmafsregeln der Weiterverbreitung Einhalt zu thun. Den Einwurf, den man gegen die Theorie der Ansteckungsfähigkeit der Lepra machen könnte, dafs nämlich von mehreren Mitgliedern derselben Familie nicht selten nur eins erkrankt, während die andern frei bleiben, erkennt Verf. als berechtigt an und gibt zu, dafs die Krankheit allerdings nicht sehr ansteckungsfähig sei und dafs es zu einer Durchseuchung des menschlichen Körpers noch besonders günstiger Bedingungen bedürfe. Verf. führt eine gröfsere Anzahl von selbst beobachteten Fällen auf, die er in drei Gruppen teilt. Die erste umfafst solche Patienten, in deren Familie nachweislich Lepra nicht vorgekommen ist, in der zweiten kann die Lepra in direkter Linie nachgewiesen werden, bei der dritten Gruppe ist der Zusammenhang zweifelhaft. Verf. ist geneigt auch bei diesen Ansteckung als eigentliche Ursache anzunehmen.

An der Hand dieser Fälle kommt der Verf. zu der Überzeugung, dafs wir sehr selten einen Leprösen finden werden, bei dem nicht der Erkrankung ein mehr oder minder intimer Verkehr mit anderen Leprösen vorangegangen ist.

Berliner-Hamburg.

Zwei Fälle von Lepra und deren Behandlung 1. durch Excision der Knötchen, 2. durch rote Jodquecksilbersalbe, von Beaven Rake. (*New-York med. Journ.* August 2. 1890.) Ein 8jähriger Negerknabe bot auf den Wangen, der Stirn, dem Kinn, beiden Unterschenkeln, dem rechten Ellenbogen, der Nase mehr oder weniger ausgedehnte Lepraknoten dar; aufserdem bestand Anästhesie der Fufssohlen, Schwellung der Lymphdrüsenleisten beiderseits und der rechten Achselhöhle. Die Krankheit war vor etwa anderthalb Jahren zuerst bemerkt worden. Unter Chloroformnarkose wurden die Knoten mit einem sehr scharfen Messer entfernt, die Wunden mit rauchender Salpetersäure geätzt und mit Tannin, später mit reinem Creolin verbunden. Innerlich erhielt Pat. Liquor hydrarg. perchlorid. Trotz der Behandlung ist die Affektion seitdem stetig fortgeschritten.

Der zweite Patient, ebenfalls 8jähriger Negerknabe, litt an einer diffusen Eruption von Lepraknoten, die sich im Laufe einiger Jahre entwickelt hatten. Sechsmalige Einreibung des ganzen Körpers mit Ungt. hydrarg. jodati rubri vermochte keine dauernde Besserung herbeizuführen. *Philippi-Nieheim.*

c. *Syphilis.*

Die Syphilis und ihre steigende soziale Gefahr, von Dr. med. Braus. 2. Aufl. Düsseldorf. 1890. Verf. betrachtet, wie er in der Einleitung angibt, die kleine Schrift als einen „schwachen Versuch einer Prophylaxis" und möchte den Inhalt derselben auch in diesem Sinne aufgefafst sehen. Nachdem er einen kurzen, historischen Rückblick auf die Ausbreitung und die Bedeutung der entsetzlichen Krankheit im Altertum und im Mittelalter geworfen, schildert er, gestützt auf ein reiches Material und auf eine langjährige Erfahrung, die mit der Erleichterung der Verkehrswege und Verkehrsmittel in der Neuzeit stetig zunehmende Verbreitung der Seuche, gibt dem Leser in lebhaften Farben ein Bild von den Gefahren, die der lebenden Gesellschaft, den künftigen Generationen aus denselben erwachsen. In warm empfundenen, eindringlichen Worten warnt der Verf. den Arzt vor Unterlassungssünden bei der Feststellung der Diagnose, appelliert an das Ehr- und Rechtsgefühl des Erkrankten, nicht unbesonnen und gewissenlos vor der Zeit in den Ehestand zu treten, und erteilt, ohne dem behandelnden Arzte irgendwie vorgreifen zu wollen, dem Laien genau präzisierte, allgemeine, beherzigenswerte Ratschläge. — Die kleine, interessante

ernstlich gemeinte Schrift verdient in ärztlichen, wie in Laienkreisen die weiteste Verbreitung. *Berliner-Hamburg.*

Über zwei Fälle von frühzeitigen Genitalsyphiliden, von A. Cochez. (*Journ. des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. pag. 200.) Beide Fälle scheinen zu den sogenannten Réveils locaux du Virus (H. Leloir) zu gehören, denn beide Male nahm das Syphilid, welches in einem Falle 6 Monate, im andern 10 Monate nach der Primäraffektion auftrat, genau die Stelle des ursprünglichen Schankers ein; auch darin glichen sie den „Réveils locaux du Virus", dafs sie erst einer örtlichen Behandlung wichen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die therapeutische Wirksamkeit der Einspritzung von unlöslichen Quecksilbersalzen bei der Syphilis und über einige dabei vorkommende Komplikationen, von Dr. Watraszewski (Warschau). (*Journ. des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. S. 193.) W. ist ein Anhänger der Hg-Einspritzungen bei Syphilis, nur dafs er unter der grofsen Masse der empfohlenen Salze eine bescheidene Auswahl trifft. Hg-oxydatum (l'Oxyde jaune), Kalomel und das reine Quecksilber in Form des Ol. cinereum (Lang oder Neisser) erachtet er, aus mehr theoretischen Gründen, für am geeignetsten. Wenn bei diesen Einspritzungen Todesfälle vorgekommen sind — Runeberg hat sieben derartige Fälle aus der Litteratur zusammengestellt — so lag die Schuld wohl daran, dafs man zu grofse Mengen Salz — 0,1 — für die einzelne Einspritzung verwandte; W. hält die Hälfte — 5 ctg — für ausreichend und ungefährlich; eine mehrjährige Erfahrung berechtigt ihn zu diesem Ausspruch.

Aber noch auf eine andere, wenn auch weniger unangenehme Komplikation mufs man sich bei dieser neuen antisyphilitischen Behandlung gefafst machen, auf Lungenembolien. Lesser hat einen derartigen Fall beschrieben und W. sah sich zweimal diesem Zufall gegenüber. Versuche, die er daraufhin angestellt hat, haben ihn zu dem Ergebnis geführt, dafs namentlich das — wohl ausschliefslich — zu den Einspritzungen gebrauchte Öl, im Verein mit dem Hg-Salz, wenn es zufällig in eine Vene injiziert wird, eine Verstopfung in den Lungenkapillaren bewirkt. Er schlägt deshalb vor, in Zukunft als Vehikel für die einzuführenden Salze eine Lösung von Gummi arabicum im Verhältnis von 1 : 120 zu verwenden. Eine derartige Lösung bewirkt nach seinen Tierversuchen in den Lungen freilich auch eine Kreislaufstörung mit ihren Folgen, aber der Vorgang spielt sich hier in so geringer Stärke ab, dafs nach Ansicht des Verf. beim Menschen alles unbemerkt vorübergehen würde.

Türkheim-Hamburg.

Über schankerartige Syphilome, „Réveils locaux du Virus", von H. Leloir. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. S. 160.) Sehr häufig entstehen am Sitz der erstmaligen syphilitischen Infektion immer von neuem wiederkehrende Syphilome, die einer Allgemeinbehandlung trotzen, während sie bei einer örtlichen Hg-Behandlung mehr oder minder schnell verschwinden und die Leloir als örtliche Rückfälle, Réveils locaux du Virus aufzufassen geneigt ist. In einem derartigen Falle bildete sich 10 Jahre lang jährlich ein derartiges recidivierendes Syphilom am Orte der Primärinfektion, und zwar immer zur Frühlingszeit. In mehreren Fällen hatte die örtliche Behandlung den Erfolg, dafs die Syphilome für die Folge ganz ausblieben. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbereinspritzungen, von H. Leloir und A. Tavernier. (*Journ. des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I.

S. 143.) Verff. berichten im ganzen über 1573 Einspritzungen, wovon 875 mit Kalomel (1 : 12 Öl, alle 8 Tage 1/2 Spritze), 642 mit Hg-oxydatum (1 : 12 Öl) und 56 mit Ol. cinereum (alle 9 Tage 1/2 Spritze) ausgeführt wurden. Sie sind von den damit erzielten Erfolgen nicht gerade sehr erbaut und raten, im allgemeinen einstweilen bei der Schmierkur zu bleiben. Denn wenn sie auch zugeben, dafs die erste Wirkung der Einspritzungen oft eine geradezu überraschende ist, dafs die Erscheinungen mit einer „veritable brutalité" verschwinden, so waren die Rückfälle doch allzu häufig und die Nebenwirkungen bisweilen recht unangenehme, abgesehen davon, dafs das Verfahren zuweilen ganz im Stich liefs. In Summa weisen die Verff. den Hg-Einspritzungen nur ein ganz beschränktes Feld in der Syphilisbehandlung zu. In der Privatpraxis halten sie es für unanwendbar. *Türkheim-Hamburg.*

Abnorme Öffnung des Sinus maxillaris bei einer Syphilitischen, von Hermet. (*Journ. des Maladies cutanées et syphilitiques.* S. 29 ff.) Die sehr interessante Krankengeschichte handelt von einer 27jährigen Puella publica, welche ganz plötzlich an eigentümlichen hysterischen Anfällen mit Rechtsdrehen des ganzen Körpers, Sausen und Pfeifen in den Ohren und Taubheit rechts litt. Alle diese Symptome schwanden von selbst wieder und wurden von heftigen Schmerzen im linken Oberkiefer abgelöst. Als diese aufhörten, waren sämtliche Mahlzähne des linken Oberkiefers so gelockert, dafs Patientin sie mit der Hand entfernen konnte. Der hierdurch gesetzte Defekt deckte sich nicht wieder, vielmehr blieb eine pathologische Verbindung mit dem Antrum Highmori bestehen. *Türkheim-Hamburg.*

Über den Einfluſs der Syphilis auf die Kindersterblichkeit, von L. Le Pileur. — Nach statistischen Untersuchungen im Gefängnis St. Lazare. — (*Journ. des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. S. 11 ff. und S. 78 ff.) Nach Fourniers epochemachenden Untersuchungen sterben 68 % aller von syphilitischen Eltern stammenden Kindern. Aber so lehrreich diese Angaben auch sind, so sagen sie uns doch nichts über den Anteil, den die Syphilis an der Kindersterblichkeit überhaupt nimmt. Diese Lücke auszufüllen ist der Zweck der vorliegenden Arbeit. Das Material, an dem Verf. seine statistischen Untersuchungen anstellte, bestand aus den Insassen des Gefängnisses Saint Lazare, welches nur zur Aufnahme weiblicher Sträflinge bestimmt ist. Die Gesellschaft, die sich daselbst befindet, ist eine recht gemischte, so ziemlich alle Schichten der Pariser Bevölkerung sind darin vertreten. In den Jahren 1881 bis 1884 befanden sich nun 643 Syphilitische darunter. Von diesen haben wiederum 130 Frauen zuverlässige Angaben über ihr Vorleben gemacht, so dafs Verf. imstande war, diese 130 Fälle in 3 Gruppen zu zerlegen. In die erste Gruppe gehören 60 Frauen, die nach dem Wochenbett syphilitisch wurden sie haben zusammen 166 Schwangerschaften mit 8 Frühgeburten bezw. totgeborenen Kindern, (72 bäld nach der Geburt verstorbenen und 86 noch lebenden Kindern) durchgemacht. Die zweite Gruppe setzt sich aus 52 Frauen zusammen, die vor der Schwangerschaft syphilitisch wurden und hernach in 122 Wochenbetten 93 Früh- bezw. Totgeburten bei nur 29 lebend geborenen Kindern hatten (von letzteren starben auch noch 22 bald nach der Geburt). In die dritte Gruppe endlich gehören 18 Frauen mit 43 lebend geborenen Kindern vor der Infektion, und 21 Aborten, 6 Totgeburten und nur 3 lebenden Kindern nachher.

Des ferneren haben im Gefängnisse Saint Lazare in den 7 Jahren von 1881 bis 1887 311 Schwangerschaften mit zusammen 320 Kindern (9 Zwillingspaare) statt; gefunden; von diesen 320 Kindern waren 72 totgeboren bezw. Aborte, 50 von den 311 Frauen waren syphilitisch; sie brachten zusammen nur 15 lebende Kinder zur Welt, hatten dagegen 35 Totgeburten bezw. Fehlgeburten.

Dies sind ungefähr die Ziffern, mit denen Le Pileur operiert und mit denen er zu einem Ergebnisse kommt, welchem er auf Grund seiner weiteren Berechnungen Allgemeingültigkeit zusprechen zu dürfen glaubt. Seine Schlufssätze lauten, dafs von 100 schwangeren Frauen 14 im Durchschnitt syphilitisch sind; dafs von 100 Kindern syphilitischer Mütter höchstens 7 die ersten Monate überleben; (hier sind die Fehlgeburten unter den 100 Kindern mit einbegriffen) und dafs endlich von 100 in Paris erfolgten Geburten 13 nur infolge der mütterlichen Syphilis schnell wieder zu Grunde gehen.

Die kleine, hier nur kurz wiedergegebene Arbeit enthält sehr viele interessante Thatsachen, nicht nur in Zahlen; sie erforderte unstreitig sehr viele mühselige und zeitraubende Vorstudien, sichert dafür aber dem Verf. auch das Verdienst, als erster die Frage beantwortet zu haben, welchen Einfluss die Syphilis auf die Kindersterblichkeit übt. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zu den ältesten Schriften über Syphilis, von E. Lesser. (*Archiv f. Dermat u. Syph.* 1890.) Betrifft ein kurzes, in Vergessenheit geratenes Gedicht des Ulsenius in lateinischer Sprache. *P. Taenzer-Leipzig.*

Klinische Beobachtungen über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze bei Syphilis, von Hermann G. Klotz. (*Journ. cut. and genito-ur. dis.* Februar-April. 1890.) Verf. gibt einen ausführlichen Bericht über seine Erfahrungen bei der Behandlung der Syphilis mittels Injektionen von Kalomel in Wasser und in Öl suspendiert, ferner von salicylsaurem Quecksilber und von Hydrargyrum oxydatum flavum. Der Bericht umfafst nur 23 Fälle und ist, wie Verf. besonders hervorhebt, hauptsächlich dazu bestimmt, die Injektionsmethode in Amerika mehr in Aufnahme zu bringen. Im übrigen liefert derselbe nur eine Bestätigung der in deutschen Blättern von verschiedenen Autoren schon mitgeteilten Beobachtungen. Wegen der Details der verschiedenen Fälle mufs aufs Original verwiesen werden.
Philippi-Nieheim.

Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Neuritis auf syphilitischer Basis, von R. W. Taylor. (*New York med. Journ.* Juli 5. 1890.) Beschreibung eines einschlägigen Falles, eine 40jährige, verheiratete Dienerin betreffend. Dieselbe scheint etwa zwei Jahre vor ihrer Aufnahme im Charity Hospital (Juni 1882) syphilitisch infiziert worden zu sein, hatte sich aber bis dahin nicht antisyphilitisch behandeln lassen; seit etwa einem halben Jahre war die Sensibilität beider Handrücken herabgesetzt gewesen, was auch bei der Aufnahme konstatiert wurde; daneben fand sich eine typische, syphilitische Iritis, sowie kupferbraune Flecke auf der Haut; aufserdem wurde über nächtliche „rheumatische" Schmerzen geklagt. Bei geeigneter „gemischter" Behandlung besserte sich der Zustand der auch sonst hochgradig heruntergekommenen Patientin, ohne aber dafs die Sensibilitätsstörungen der oberen Extremitäten beeinflufst worden wären. Im Februar 1883 traten diffuse, hyperplastische Schwellungen am linken Fufse und an den Wangen auf. Im weiteren Verlauf der Krankheit zog sich die Kranke infolge der immer mehr sich ausdehnenden Analgesie und Anästhesie erhebliche Verbrennungen und sonstige Verletzungen zu. Verschiedene Finger und Zehen, die auf diese Weise affiziert wurden, zeigten ein nekrotisches Schmelzen der Gewebe und mufsten amputiert werden. Meistens heilten die Operationswunden gut aus. Die Ausdehnung dieser Verluste ist durch eine vorzügliche Abbildung veranschaulicht. Der Zustand hat sich bisher (Juni 1890) nicht wesentlich mehr verändert. In mancher Beziehung erinnert der Fall an die Erscheinungen der Lepra anaesthetica, doch kann man bei dem durch die klinische Beobachtung sicher

festgestellten Vorhandensein von Syphilis und dem Fehlen aller weiteren Symptome von Lepra auch die Nervenaffektion nicht anders denn als eine Folge der Lues auffassen. — Eine Übersicht der noch wenig umfangreichen Litteratur der multiplen Neuritis auf syphilitischer Basis ist der Beschreibung dieses Falles beigefügt.

Philippi-Nieheim.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Zum Studium der Trichophytiasis ungualis, von Henry Fournier. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I.) Die parasitäre Erkrankung der Nägel kommt häufiger vor, als man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. Da sie aber den Kranken nur sehr wenig belästigt, so entzieht sie sich dadurch meistens der ärztlichen Kenntnisnahme. Es ist also häufig nur ein glücklicher Zufall, der die Onychomycosis dem Arzt zu Gesicht führt. Einen solchen „glücklichen" Zufall — denn der Träger, ein Kammermädchen, hatte erst fast die ganze Familie angesteckt — verdankte Fournier auch die Kenntnis des Falles, den er in der vorliegenden Abhandlung mitteilt, und im Anschlufs an den er uns eine kleine Skizze über Entstehung und pathologische Anatomie der Trichophytiasis der Nägel gibt.

Türkheim-Hamburg.

Keratosis follicularis (Psorospermose folliculaire végétante). Ein zweiter Fall. Von James C. White. (*Journ. cut. and genito-ur. dis.* Januar 1890.) Verf. hat im Junihefte des *Journ. cut. and genito-ur. dis.* 1889 einen ihm damals als Unicum erschienenen Fall dieser Affektion publiziert. Seitdem hat Darier zwei ähnliche Fälle bekannt gegeben und dabei einen parasitären Ursprung des Leidens nachzuweisen gesucht. (Ein weiterer Fall wurde von Blaschko in der Berliner dermatologischen Gesellschaft gezeigt. Vgl. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. S. 140.). Der zweite nunmehr von White mitgeteilte Fall betrifft die Tochter seines ersten Patienten; doch möge gleich erwähnt werden, dafs aus diesem Umstande ein Schlufs auf eine etwaige Übertragung des Leidens durch Infektion nicht gezogen werden kann, da die 23jährige Tochter, von einer anderen Familie adoptiert, seit ihrem ersten Lebensjahr ihren Vater nicht einmal gesehen hatte. Darier stützte seine Auffassung einer parasitären Ätiologie der Affektion auf das konstante Vorkommen eigentümlicher, zelliger Gebilde von der Beschaffenheit von Coccidien in den befallenen Follikeln. White hat nun durch Herrn Bowen eine Reihe mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchungen dieser Körperchen ausführen lassen und dabei durchaus negative Resultate erhalten. Er legt deshalb im Gegensatz zu den französischen Beobachtern das Hauptgewicht auf die an den Follikeln entstehende Hyperkeratose und fordert zunächst weitere und überzeugendere Beweise für die etwaige parasitäre Natur des Leidens.

Philippi-Nieheim.

Diagnose und Behandlung der Ichthyose, von L. Brocq. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. S. 204.) Die Ichthyosis besteht in einer angeborenen Trockenheit der Haut und in einer beständigen Abschuppung der Epidermiszellen. Bisweilen ist das Leiden erblich; es kommt an allen Hautstellen vor, mit Vorliebe an der Streckseite der Ellbogen und Kniee. Dort wo das Übel am stärksten

auftritt, ist die Ausscheidung von Schweifs- und Talgdrüsen am geringsten — und umgekehrt. In leichteren Fällen bemerkt man im Sommer, wo die Haut immer feuchter ist, fast gar nichts. — Wie die Hautdrüsen, so sind auch die Haare an den befallenen Stellen verkümmert. — Ein vollkommenes Verschwinden der Ichthyosis haben Hardy und Hebra nach Masern und Scharlach beobachtet.

Die Behandlung erfordert auch eine Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, da die Ichthyosiskranken meistens schmächtig und wenig widerstandsfähig sind. Brocq empfiehlt Lebertran und Arsen in möglichst grofsen Gaben und für möglichst lange Zeit; ferner Jaborandi und Pilocarpin.

Äufserlich sind Bäder und Salben (Glycerin- Vaseline- Schwefelsalbe u. s. w.) angezeigt; ferner Schlangenbad, Schinznach, Louèche.

Für die einzelnen Formen der Ichthyosis gibt Brocq schliefslich verschiedene Behandlungsarten mit zusammengesetzten Salben an. *Türkheim-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Die Behandlung des Erysipels mit Sublimat, von W. Shropshire. (*New York. med. Journ.* Juli 5. 1890.) Verf. hat vier Fälle von Erysipel mit feuchten Sublimatumschlägen erfolgreich behandelt, und empfiehlt das Verfahren zur weiteren Nachahmung. Bei Kindern nehme man eine Lösung von der Stärke 1 : 2000, bei Erwachsenen von 1 : 500. — Die vier mitgeteilten Krankengeschichten deuten allerdings auf einen günstigen Einfluſs der Behandlungsweise hin, indessen ist es bei den bekannten Eigenschaften des Erysipels unmöglich, aus einer so kurzen Reihe von Beobachtungen einen sicheren Schluſs zu ziehen. *Philippi-Nieheim.*

Pian oder Lépian auf den Antillen, von Lacaze. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. I. S. 21 ff.) Pian oder Lépian, auch Jaws, Bubas, Siwin u. s. w. genannt, ist eine auf den Antillen und wahrscheinlich in allen Tropengegenden häufig vorkommende Hautkrankheit, die von den Franzosen als Dermatitis papulo-framboesiaca (maulbeerartige Dermatitis) bezeichnet wird.

Die Krankheit beginnt mit Vorliebe in der Nähe der Schleimhäute, um Kinn und Lippen, um den After, die labia majora u. s. w. Es bilden sich an den bezeichneten Stellen kleine vesikuläre Pusteln, die lebhaft brennen, sich rasch über den Körper verbreiten, wenn sie unbehandelt bleiben, und scheufslich stinken. Bei längerem Verlauf werden auch die Knochen, namentlich in der Gelenkgegend, ergriffen und fangen an, kariös zu werden. Die Zerstörungen, die diese zweifelsohne parasitäre Krankheit — ob man den Bacillus gefunden oder auch nur gesucht hat, davon erfahren wir in der Abhandlung nichts — anrichten kann, sind ganz ungeheure. Sie ist daher auf den Antillen ungemein gefürchtet, um so mehr, da sie sehr leicht übertragbar ist. Die vom Pian Befallenen werden wie Lepröse gemieden.

Die Heilung erfolgt namentlich im Anfang sehr leicht nach Hg-Einreibung und innerlichem Gebrauch von Jodkali, wie bei Syphilis, mit der der Pian übrigens nicht identisch ist. Da der Ausschlag durch Schmutz sehr befördert wird, so ist Reinlichkeit erste Bedingung zu seiner Entfernung. Rückfälle sollen nicht vorkommen.

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von Hydrosadenitis, von Dr. S. Giovanni. (*Giorn. ital. delle malattie veneree etc.* September 1889.) Louise R., Wäscherin, 45 Jahre alt, erkrankte Mitte März 1888 an allgemeiner Körperschwäche, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen. Bald gesellten sich auch abendliche Fiebererscheinungen hinzu. In der Nacht

schwitzte Patientin, und zwar immer nur am Rücken. So dauerte das Fieber circa 3 Wochen lang und verschwand dann allmählich. Ein hinzugerufener Arzt verschrieb ihr, ohne sie zu untersuchen, salicylsaures Natron, von welchem sie jeden Abend ½ g nehmen sollte. Nachdem das Fieber aufgehört hatte, verordnete der Arzt Jodkali 0,5 pro die steigernd um 0,1 bis 4 g täglich. Die Patientin nahm das Jodkali 10 Tage lang, also schliefslich 1 g 4 mal täglich. Der nächste Erfolg dieser Medikation war zunächst, dafs auch der geringe Appetit, den Patientin noch hatte, verschwand. Gleichzeitig entstand eine eigentümliche Knötcheneruption.

An den äufseren Flächen der Beine, dann an den Schenkeln und schliefslich auch an anderen Stellen des Körpers entstanden unter der Haut erbsengrofse Knötchen, die dann an Gröfse zunahmen. Die meisten waren schon am ersten Tage zu sehen. An den folgenden Tagen erschienen noch Nachschübe, die letzteren 6 Wochen nach der ersten Eruption. Jedesmal bevor ein Knötchen auftrat, fühlte Patientin an der betreffenden Stelle eine Art Jucken. Diese Empfindung verwandelte sich später in einen leichten Schmerz, welcher so lange dauerte, bis das Knötchen eitrig geschmolzen und der Abscefs eröffnet war. Als Verf. die Patientin 48 Tage nach Beginn der ersten Eruption zuerst sah, waren fast an allen Stellen des Körpers kleine Erhabenheiten zu sehen. Dieselben, erbsen- bis weinbeerengrofs, waren rund oder oval, konfluierten am Bein und am vordern Teil des Oberschenkels. Die kleineren schienen innerhalb der Haut zu liegen, die gröfseren aber waren deutlich im subkutanen Zellgewebe zu fühlen. Die meisten waren konsistent und scharf umschrieben; die sie bedeckende Haut war unversehrt.

Bei anderen war deutliche Fluktuation zu konstatieren. Von diesen eröffneten sich mehrere. Es entstanden Hohlräume, welche viel weiter als die Öffnung und mit dem Hautdetritus gefüllt waren. Die Knoten heilten teils durch Resorption, teils durch Abscefsbildung. Die Untersuchung der Lunge ergab eine Verdichtung der rechten Spitze. Die Milz war so vergröfsert, dafs sie drei Finger breit über den unteren Rippenrand hervorragte.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde einer der Knoten exzidiert und Schnitte parallel zur Hautoberfläche gemacht.

Es zeigte sich nun, dafs die Entzündung hauptsächlich die Schweifsdrüsen betraf, von welchen ein Knoten circa 9 enthielt. Die Entzündung zeigte sich in einer Infiltration mit weifsen Blutkörperchen, die an den verschiedenen Drüsen, wie auch an verschiedenen Stellen ein und derselben Drüse differierte, je nachdem die Schnitte die Drüse an einer höher oder tiefer gelegenen Stelle traf. An den Ausführungsgängen war die Infiltration scharf umschrieben, wurde nach unten aber mehr diffus. An den Drüsenknäueln waren die infiltrierenden Zellen, wie auch das Drüsenepithel stellenweise ganz gefallen. An den Stellen aber, wo das Infiltrat nicht stark ausgeprägt war, konnte man auch an dem Drüsenepithel keine Veränderung wahrnehmen.

Dieser Befund zeigt deutlich, dafs die ganze Affektion nur in einer Entzündung der Schweifsdrüsen bestand. Von dem papulösen, lentikulären Syphilid unterscheidet sich die Hydrosadenitis einfach dadurch, dafs diese unterhalb der Haut, das Syphilid aber in der Haut liegt. Letzteres geht auch nicht eine eiterige Schmelzung ein. Ein Furunkel wiederum hat immer eine eiterige Pustel an der Spitze, ist sehr schmerzhaft und besteht nicht wochenlang, wie die Entzündung der Schweifsdrüse.

Was die Ätiologie des vorliegenden Falles anbelangt, so scheint das Jodkalium einen Entzündungsreiz auf die Schweifsdrüsen ausgeübt zu haben. Die chemische Untersuchung des Abscefsinhaltes ergab freilich ein negatives Resultat. Es ist aber zu bedenken, dafs zur Zeit der Untersuchung, 6 Wochen nach dem Gebrauch des Jodkaliums, dasselbe schon vollkommen ausgeschieden sein konnte. *E. Fink-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

II. Benigne.

Über Arsenmelanose, von Prof. Wyss. (*Korrespondenzblatt f. schweizer Ärzte.* 1890. No. 15.) Es handelte sich um 2 Kinder, ein 12jähriges Mädchen und einen 10jährigen Knaben, welche wegen Chorea mit Sol. Fowleri (1 : 2) behandelt worden waren. Nachdem zuweilen eine Tagesdosis von 45 Tropfen der Lösung erreicht war, trat eine allgemeine schmutzig braune Pigmentierung des ganzen Körpers ein. Diese verschwand vollständig, als die Arsenmedikation ausgesetzt wurde, trat aber beim Mädchen in voller Intensität und Ausdehnung wieder auf, als diese wieder aufgenommen wurde, um in derselben Weise zu verlaufen wie das erste Mal.

Von einem dieser Fälle, sowie von einem dritten, älteren, wurden Hautstücke der mikroskopischen Untersuchung unterworfen, welche ergab, dafs sich der körnige Farbstoff in leichteren, frischeren Fällen in den Lymphbahnen der Papillen, in geringerem Grade in denen der Cutis ablagere; in älteren Fällen dagegen die Ablagerung vielfach in dicken Klumpen, im erweiterten Lymphgefäfsnetze der Cutis stattfinde. Die Frage, auf welche Weise das Pigment ins Rete gelange, in dessen tiefsten Lagen es in wechselnder Menge gefunden wurde, wird offen gelassen.

Zur Festsetzung der Natur des Pigmentes wurden verschiedene chemische Reaktionen geprüft, die aber zu keinem positiven Resultate führten. W. glaubt aber, gestützt auf Versuche von Stierlin, der eine beträchtliche Verminderung der Blutkörperchenzahl und des Hämoglobins nach Arsengebrauch fand, dafs der Arsenik, in einer genügend grofsen Menge innerlich genommen, eine gröfsere Anzahl von Blutkörperchen zerstört nnd einen Teil des Hämoglobins zersetzt, dafs dann dieser zersetzte Blutfarbstoff in körniger, unlöslicher Form in die Lymphbahnen der Haut gelangt und dort, wenn die Ablagerung eine genügende ist, die Arsenmelanose bedingt.

Prognostisch würden sich nur die leichteren Fälle gut gestalten. Therapeutisch wären zu versuchen: Massage, Douchen, protrahierte Bäder, Alkalien.

C. Müller-Hamburg.

Anatomisch-pathologischer und bakteriologischer Beitrag zur Kenntnis des Molluscum contagiosum, von Dr. R. Stanziale. (*Giorn. ital. delle science mediche.* XII. 1890.) Im Gegensatz zu der Ansicht von Kaposi, Leloir, Vidal u. a., das Molluscum contag. sei nichts anderes als eine dilatierte Talgdrüse, fand der Verf. 1. dafs, wo Talgdrüsen vorkommen, die erwähnte Neubildung nicht zu finden ist, was auch im umgekehrten Sinne gilt, 2. dafs die Neubildung immer von einer oder mehreren Schichten Cylinderepithel umgeben ist. Dieses ist eine Fortsetzung des unteren Teiles der Malpighischen Schicht, welche an diesen Stellen Höhlen und Buchten bildet. In diesen findet man die Molluskenkörperchen.

In den mikroskopischen Schnitten sieht man, dafs, abgesehen von den infiltrierenden Zellen, die Veränderung hauptsächlich das Rete interpapillare betrifft. Was die Natur der Molluskenkörperchen anbelangt, so nähert sie sich am meisten den Hornzellen.

Über die Kontagiosität des sogenannten Molluscum contagiosum wurden von den Autoren bekanntlich ganz verschiedene Angaben gemacht. Die klinischen Beobachtungen haben dem Verf. die Kontagiosität zweifellos erwiesen. Aber auf experimentellem Wege konnte er die Übertragung nicht nachweisen. Dem gegenüber stehen freilich die positiven Resultate von Retzius, Vidal und Haab.

Die nach verschiedenen Methoden ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen haben nicht das Vorhandensein irgend welcher Bakterienart gezeigt.

E. Fink-Hamburg.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

In der Sitzung am 9. Mai 1890 der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien berichtet Dr. KOVACS über **zwei Fälle von Orchitis parotidea ohne Parotitis**, welche auf der KAHLERschen Klinik zur Beobachtung kamen. Es handelte sich um 2 Brüder, welche kurz nach einander nach zweitägigen Prodromalerscheinungen an einer Orchitis erkrankten. In der Urethra keine Krankheitserscheinungen vorhanden, die Entzündung des Hodens war eine Periorchitis; gleichzeitig bestanden katarrhalische Erscheinungen der Respirationsschleimhaut, hohes Fieber und Milztumor. Nach zweitägiger Dauer der Krankheit schwanden die Entzündungserscheinungen des Hodens unter rapidem Fieberabfall; im Harn war während der Abschwellung des Hodens Pepton nachweisbar. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 20.)

Gründler-Dresden.

Schleimpolypen in der Blase eines Kindes, Operation, Tod, von W. A. BATCHELOR. (*Med. News.* Juli 19. 1890). Ein 4½ Jahre alter Knabe litt seit acht Monaten an stetig zunehmendem Harndrang, Blasentenesmus und Urinträufeln; eine zweimalige Untersuchung auf Blasenstein ergab ein negatives Resultat. Auf Blasentumor deutete der Umstand, dafs das perkusorisch nachweisbare Dämpfungsgebiet der Blase nicht mit der Menge des durch Katheter entleerten Urines übereinstimmte; ferner der ganz ungewöhnliche Blasentenesmus und Schmerz. Da diese Beschwerden anderer Behandlung nicht wichen, wurde zur Beseitigung derselben und der bestehenden Cystitis der hohe Blasenschnitt ausgeführt; dabei fand sich die ganze Blase mit gestielten Schleimpolypen, die hauptsächlich an dem Blasenhals ihren Sitz hatten, ausgefüllt. Die mittels Fingernagel und Forceps entfernte Menge derselben füllte eine 30 g Flasche halb voll. Blutung war unbedeutend. Tenesmus und Schmerzen waren durch den Eingriff gänzlich beseitigt; indefs starb der vorher schon bedeutend heruntergekommene kleine Patient drei Wochen nach der Operation ohne genügend aufgeklärte Ursache.

Philippi-Nieheim.

Einkeilung eines Blasensteins in der Harnröhre bei einem dreijährigen Knaben, von F. M. CRANDALL. (*New-York Med. Journ.* Juli 26. 1890.) Der kleine Patient wurde wegen Stomatitis, Erbrechen und Mastdarmvorfall vorgestellt. Er war seit drei Tagen krank und hatte in dieser Zeit nur wenig Urin gelassen. Bei der Untersuchung fand sich ungefähr ein viertel Zoll vom Meatus urethrae ein ca. 0,3 g schwerer Blasenstein, aus Harnsäure mit Phosphatumkleidung bestehend, in der Harnröhre vor. Extraktion, Heilung. Der Mastdarmvorfall verschwand gleichzeitig mit der Beseitigung der Urinverhaltung. Eine besondere Ursache der Steinbildung konnte nicht eruiert werden.

Philippi-Nieheim.

Prostatahypertrophie. Eine Modifikation von Mc. GUIRES Operation, von ROB. T. MORRIS. (*New-York Med. Journ.* 19. Juli. 1890.) Aus vorliegender Krankheits und Operationsgeschichte sei Folgendes als das Wichtigste hervorgehoben. Der ca. 60jährige Patient leidet seit einem Jahr an einem am Blasenhals gelegenen Hindernis; seit seiner Aufnahme im Hospital haben sich seine Beschwerden (Cystitis, Blasentenesmus) durch Darreichung von Acid. benzoic. und Acid. boric. ää 0,6 ter die innerlich, tägliche Entleerung des Urins per Katheter in Knieellbogenlage und heifse Tabakumschläge aufs Hypogastrium erheblich gebessert. Die Tabakumschläge werden in der Weise ausgeführt, dafs ein Tabaksblatt mit heifsem Wasser angefeuchtet und auf die Haut aufgelegt wird; darüber kommt ein heifser, feuchter Leinenumschlag und

als Abschluſs eine Hülle von Guttaperchapapier oder Wachstafft. Es war konstatiert worden, daſs namentlich der Lobulus tertius erheblich hypertrophisch war. Die Operation bestand in dem üblichen hohen Blasenschnitt und gründlicher Reinigung der Blase; ein Stein wurde nicht gefunden. Sodann wurde der vier Zoll lange Hautschnitt um zwei Zoll verlängert, und zu beiden Seiten desselben wurde je ein drei Zoll langer und 1/8 Zoll breiter Lappen von Haut und subcutanem Fett frei präpariert unter Belassung des Zusammenhangs mit der Bauchhaut am distalen Ende. Aus diesen zwei bandförmigen Lappen wurde durch Anheftung an die Incisionsöffnung der Blase eine weiche, aus Haut bestehende Harnröhre gebildet. Unter passendem Jodoformverband und unter Weiterverabreichung der Benzoë und Borsäure heilten alle Wunden prima intentione. Jetzt, vier Wochen p. o. kann Patient den Urin gut halten und nach Belieben (durch ein Glasrohr) entleeren. *Philippi-Nieheim.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Arthritis blennorrhoica, von R. Deutschmann. (*v. Gräfes Archiv f. Ophthalmologie.* 1890. Bd. 36. No. 1. pag. 109—119.) Autoreferat. Es ist bisher eine Einigung darüber nicht erzielt worden, ob die sogenannten Trippermetastasen einer Einwanderung des spezifischen Trippergiftes, der Gonokokken, in die betreffenden Organe, ihre Entstehung verdanken, oder ob wir es bei ihnen mit einer Mischinfektion zu thun haben. Besonders ist der „Tripperrheumatismus" oft Gegenstand diesbezüglicher Untersuchungen gewesen; wiederholt wurden die Gelenkexsudate auf das Vorhandensein von Mikroorganismen geprüft und verschiedene Resultate erhalten. Während einige Untersucher in dem Gelenkexsudate Gonokokken fanden, vermiſsten sie eine Reihe anderer Untersucher darin und kultivierten statt ihrer daraus den Staphylococcus pyogenes aureus; bei ersteren aber setzte man Zweifel in die absolute Sicherheit der Gonokokken-Diagnose. So kam es, daſs man fast allgemein die bei Gonorrhoe auftretenden Gelenkaffektionen einer Mischinfektion zuschrieb und A. Fränkel wohl ziemlich isoliert mit seiner Anschauung dastand, daſs neben einer solchen auch eine primäre Gelenkentzündung unter dem Einfluſs der Gonokokken gelten gelassen werden müsse. Deutschmann beobachtete zwei Fälle typischer Blennorrhoea neonatorum, die sich mit Gelenkentzündungen komplicierten. Das eine der betreffenden Kinder starb, bevor eine Untersuchung des Gelenkexsudates vorgenommen werden konnte an Gehirnerscheinungen, die einer Otitis media — letztere durch Infektion mit blennorrhoischem in das Ohr geflossenen Bindehauteiter entstanden — gefolgt waren. Bei dem anderen Kinde, mit Schwellung des linken Kniegelenkes, wurde mit Pravazscher Spritze etwas eiteriges Gelenkexsudat entleert; es enthielt in mäſsiger Menge typische Gonokokken, in Zellen charakteristisch gelagert, die bei dem Gramschen Verfahren entfärbt wurden; auf Nährböden übertragener Eiter aus dem Gelenk blieb steril; auch mikroskopisch konnten auſser den Gonokokken andere Mikroorganismen nicht mit Sicherheit aufgefunden werden. Sämtliche vorgeborene 8 Geschwister des kleinen Patienten hatten an Blennorrhoea neonatorum gelitten; die Mutter hatte gegenwärtig eiterige Urethritis mit sehr spärlichen Gonokokken. — Diese Beobachtung, im Zusammenhang mit der Thatsache, daſs zuverlässige Beobachter in den entzündlichen Gelenkexsudaten Gonorrhoischer nur Eiterkokken entdecken konnten, lehrt, daſs wohl die oben angeführte Anschauung A. Fränkels am ehesten zu Recht bestehen dürfte.

Über die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge, von Dr. J. Jadassohn. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25 u. 26.) Die Epididymitis, die häufigste Komplikation der Gonorrhöe, ist gewifs gonorrhoischer Natur, der Nachweis der Gonokokken in ihrem Exsudat oder in dem erkrankten Gewebe steht aber noch aus. Bei der Arthritis Tripperkranker ist von Deutschmann der Nachweis von Gonokokken im Exsudat erbracht. Die gonorrhoische Vaginitis kommt eigentlich nur bei Kindern vor, bei Erwachsenen stellen Urethra und Cervix den Hauptsitz der Gonorrhöe dar. Auch das Endometrium und die Tubenschleimhaut können Gonokokken enthalten. Die Bartholinischen Drüsen können der Sitz einer pyogenen „Mischinfektion" sein, und dann kommt es zu einer Vereiterung des ganzen Organs. Die Erkrankung kleinerer Drüsen in der Umgebung der Urethra, zu welchen die Gärtnerschen Gänge führen, werden meistens übersehen, und doch ist es für die Therapie sehr wichtig. Beim Manne spielen die Prostata, die Littreschen, die Cowperschen Drüsen und die Vesiculae seminales eine Rolle. Aber es gibt beim Manne noch abnorme Anfangsgebilde, die, wenn sie erkranken, eine eingehende Berücksichtigung verdienen. Diese paraurethralen resp. präputialen gonorrhoischen Erkrankungen kommen nicht selten vor, sie werden meistens übersehen; Verf. hat im Laufe eines Jahres 10 derartige Erkrankungen beobachtet. Er beschreibt dann zwei Fälle präputialer Folliculitiden; zwei weitere Beobachtungen betreffen die Glans penis, und sind als typische paraurethrale Folliculitiden aufzufassen. Die letzten 4 Fälle trugen gonorrhoisch erkrankte Gänge an der Unterfläche des Penis. Pathologisch ergibt sich aus den Fällen 1. dafs der gonorrhoische Prozefs eine reine Oberflächenerkrankung ist, d. h. die Gonokokken dringen nur bis in die alleroberflächlichsten Schichten des Bindegewebes der Mukoren ein. 2. Nur Cylinderepithelien erliegen der Invasion der Gonokokken; in geschlossenes Pflasterepithel vermögen dieselben nicht einzudringen. 3. Unter dem Einflufs des gonorrhoischen Prozesses bildet sich in der Reparationsphase statt des normalen Cylinderepithels ein geschichtetes Pflasterepithel — dieses verhindert das Wiedereindringen der Gonokokken und bedingt die definitive Heilung der Gonorrhoe. 4. Die Phagocytose spielt bei der Heilung der Gonorrhoe keine Rolle. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die verschiedenen Behandlungsarten des akuten Trippers, von André Martin. (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. 1, S. 33 ff.) Die antiseptischen Einspritzungen, zumal mit Hg-bichlor. im Verhältnis von 1 : 20,000 bei Gonnorhöe finden in Martin einen begeisterten Lobredner. Die Heilung erfolgt schneller, als bei der früher üblichen Behandlungsweise; das Verfahren ist frei von allen Nebenwirkungen und verlangt vom Kranken keine Änderung seiner Lebensweise. *Türkheim-Hamburg.*

Akute gonorrhoische Peritonitis von C. B. Penrose. (*Med. News.* Juli 5. 1890). Patientin, eine grofse und wohlgenährte Negerin, wurde vier Wochen nach ihrer völlig normal verlaufenen Entbindung durch den an höchst virulenter Gonorrhoe leidenden Gatten infiziert. An die Symptome einer intensiven Vulvitis und Vaginitis schlossen sich nach wenigen Tagen alle Erscheinungen einer hochgradigen akuten Peritonitis an. Acht Tage nach der Infektion wurde die Laparatomie ausgeführt. Die Tuben mit Ovarien wurden dicht am Uterus abgetragen, und letzterer gegen die Peritonealhöhle zu fest verschlossen. Der Erfolg der Operation war durchaus befriedigend, Patientin wurde schliefslich völlig geheilt entlassen. Das Bauchfell fand sich bei der Operation im Zustand intensiver Entzündung, rot, injiziert, granuliert, auf die leiseste Berührung gleich blutend, aber ohne alles Exsudat oder plastische Adhäsionen. Die Tuben waren stark verdickt, frisch entzündet. Die mikroskopische

Untersuchung derselben ergab das Vorhandensein von Mikroorganismen wie Eiterstaphylokokken, jedoch keine Gonokokken oder Diplokokken.

Philippi-Nieheim.

Verschiedenes.

Die Bedeutung der Spezialkliniken für Dermatologie und Syphilidologie an den preußischen Universitäten und ihre Vorgeschichte.

Von

Prof. Heinrich Köbner
in Berlin.[1]

Immer lebhafter wird in unseren Tagen die Bewegung für Spezialkliniken an den Universitäten, und es ist in der letzten Zeit geradezu ein Wetteifer unter den verschiedenen, jünger angebauten Spezialdisziplinen um die Krönung mit dem offiziellen Lehrauftrage und den dazu gehörigen staatlichen Lehrmitteln entstanden. Daß diese Strömung nicht bloß in den Kreisen namentlich der jüngeren Universitätsdocenten vorhanden ist, sondern auch, wenigstens im Prinzip, in weiten Kreisen der praktischen Ärzte Anerkennung und Widerhall findet, zeigen die soeben von der berufenen Gesamtvertretung der Ärztevereine von ganz Deutschland (auf dem Ärztetage zu München) gefaßten Beschlüsse. Diese verlangen zur Verbesserung der jetzt zur Diskussion stehenden „ärztlichen Prüfungsordnung“ u. a., daß auch die Psychiatrie und die Otiatrie Prüfungsfächer werden sollen.

In einem solchen Moment wird es nicht bloß gestattet, sondern selbst geboten erscheinen, die öffentliche Aufmerksamkeit auf die beiden, in der Überschrift genannten Schwesterdisziplinen und ihre Einreihung in die notwendigen Prüfungsfächer zu richten. Für diese ist, wie nur sehr wenigen Eingeweihten bekannt geworden, die Errichtung offizieller Kliniken, zunächst an den preußischen Universitäten, am frühesten nach den ophthalmologischen, aber nur in amtlichen Schriftstücken, von dem Verfasser angestrebt worden.

Da die Unentbehrlichkeit dieser Disziplinen für jeden künftigen Arzt wohl zur Genüge für jedermann aus einer der Denkschriften erhellt, welche ich zur Erreichung dieses Zieles in den Jahren 1871 und 1872 an die Unterrichtsminister v. Mühler und Dr. Falk richtete, dürfte die Veröffentlichung derselben im wortgetreuen Auszuge für die gegenwärtige Diskussion über die dringendsten Desiderata in den ärztlichen Prüfungen wohl von Interesse sein. Und auch deshalb scheint es uns geboten zu sein, diese Denkschrift endlich heute der Öffentlichkeit zu übergeben, weil sie der Anfang und der prinzipielle Ausgangspunkt der Gründung von Spezialkliniken für diese Gebiete an preußischen Universitäten geworden ist, wie dies aber den gegenwärtigen deutschen und französischen Autoren über dieses Thema ganz entgangen ist. Dieselbe zeigt den Zeitgenossen, in welcher Verfassung sich die Lehre dieser Disziplinen bei uns noch 1872 befunden hat, und läßt heutzutage erkennen, inwieweit die damals von mir entwickelten Forderungen in Erfüllung gegangen sind und was noch zu thun übrig bleibt:

---

[1] Auf Wunsch des Herrn Verfassers abgedruckt aus der *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 28.

Sr. Excellenz dem Kgl. Staatsminister für die geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten Herrn Dr. Falk.

Breslau, den 2. Juni 1872.

Ew. Excellenz

erlaube ich mir in dem Nachstehenden über eine wesentliche Lücke in den Unterrichtsmitteln der Medizin an fast sämtlichen preufsischen Universitäten, insbesondere auch an der Universität Breslau, ehrerbietigst Vortrag zu halten und um deren baldthunlichste Beseitigung gehorsamst zu bitten.

Eine gleiche von mir an den Herrn Amtsvorgänger Ew. Excellenz am 27. Oktbr. vorigen Jahres gesandte Vorstellung ist zwar in Bezug auf die, damals von mir nachgesuchte bauliche Kombination[2] inmittelst durch anderweite Verfügung erledigt, in der Hauptsache selbst aber meines Wissens darüber noch keine Entscheidung getroffen worden.

In Breslau fehlt es, wie an allen preufsischen resp. norddeutschen Universitäten, mit einziger Ausnahme der Berliner Charité, an einer Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis.

In den Nachbarstaaten Preufsens, insbesondere an den österreichischen Universitäten und an einzelnen Universitäten Süddeutschlands werden diese Disziplinen in besonderen stationären Kliniken seit 20 bis 30 Jahren eifrig kultiviert und ist dadurch die reformatorische Entwickelung, welche in jenen Gebieten schon seit Beginn dieses Jahrhunderts in England und Frankreich angebahnt worden, aufserordentlich gefördert und auf eine, die Aufmerksamkeit der Ärzte aller Länder auf sich ziehende Stufe emporgehoben. Die Universität Wien allein verfügt über 3 sehr umfangreiche Spezialkliniken, teils für Hautkranke, teils für Syphilitische, an welcher 2 ordentliche,[3] 2 aufserordentliche Professoren und 5 Privatdocenten ausschliefslich diese Fächer lehren. Aber auch kleinere Universitäten, wie diejenigen in Prag, Krakau, Graz haben seit langer Zeit ihre speziellen Kliniken und Lehrer.

Aus ganz Norddeutschland hingegen sehen sich Mediziner noch heute, wie vor 20 Jahren, genötigt, in Ermangelung eines genügenden klinischen Unterrichts in diesen Gebieten an ihren heimatlichen Universitäten nach Österreich zu wandern, und ebenso suchen alljährlich Hunderte von derartigen Kranken aus Preufsen dort ihre Heilung.

Aber nur einer im Verhältnis höchst geringen Zahl angehender praktischer Ärzte gestatten ihre Privatmittel nach Vollendung ihrer Studien an einer preufsischen Universität eine solche wesentliche Ergänzung ihre Kenntnisse im Auslande.

Die grofse Mehrzahl der Mediziner aber tritt nach der Staatsprüfung erfahrungsgemäfs in jenen Fächern höchst ungenügend vorbereitet in die Praxis; die Ratlosigkeit einer grofsen Zahl von sonst gut unterrichteten Ärzten bei Hautkrankheiten und Syphilitischen ist die natürliche, täglich zu beobachtende Folge. Die aufserordentlichen Fortschritte in der Erkenntnis, sowie in der Behandlung dieser Leiden, welche in den letzten Decennien gemacht worden sind, reflektieren sich unter den praktischen und Hospitalärzten Norddeutschlands im ganzen noch so wenig, dafs viele Kranke dieser Kategorien in der Heimat lange von einem Arzte und Hospitale zum andern umher irren und nicht selten, wenn sie erwerbsunfähig geworden sind, ihren

---

[2] Mein erstes Promemoria an den damaligen Kultusminister v. Mühler knüpfte an den, für den Neubau eines pathologischen Institutes und einer ophthalmologischen Klinik für die Universität Breslau projektierten Ankauf der, dem städtischen Allerheiligen-Hospital, dem Sitze der medizinischen und chirurgischen Kliniken, gegenüberliegenden Barbara-Kaserne.

[3] Seit dem Tode v. Siegmunds und v. Hebras allerdings erloschen.

Gemeinden zur Last fallen. Eine genaue Rundschau nicht bloſs in den Hospitalabteilungen für chronische Kranke, sondern auch unter den Almosenempfängern der Armenverbände, in den Siechen- und Irrenhäusern würde den ursächlichen Anteil jener Krankheiten als einen genügend erheblichen erweisen, um schon allein mit Rücksicht auf deren nationalökonomischen Schaden den Aufwand gröſserer Mittel zu rechtfertigen.

Aber nicht bloſs an der Heilung dieser Kranken selbst durch genügende ärztliche Intervention, sondern in hervorragender Weise an der Prophylaxe der Gesamtbevölkerung hat der Staat das gröſste Interesse: abgesehen von den Epidemien ist in keinem Gebiete die Prophylaxe für die Staatsangehörigen so wichtig und kann von so durchgreifenden Erfolgen gekrönt sein, wie gerade bei einer groſsen Zahl von Hautkrankheiten und vor allem bei den syphilitischen. Alle Anstrengungen für eine durchgreifende Hebung der öffentlichen Gesundheitspflege werden sehr unvollkommene Erfolge haben, wenn nicht allen Ärzten innerhalb Preuſsens die allseitigste Möglichkeit schon während ihrer Studienzeit geboten wird, in viel gründlicherer Weise als bisher Krankheiten von so eminenter Ansteckungsfähigkeit und Erblichkeit aus eigener Anschauung in ihrem ganzen Umfange kennen und die Angehörigen der Familien und Gemeinden frühzeitig vor Kontagion, die Nachkommenschaft vor frühem Tode oder Verkrüppelung schützen zu lernen. Aus einem klinischen Spezialunterricht in jenen Disziplinen würde die Hygiene der Schulen, der Fabriken, Gefängnisse, des Militärs den gröſsten Nutzen ziehen und würden staatlich angeordnete, aber noch ihrer gesetzlichen Regelung harrende prophylaktische Institutionen, wie die Kuhpockenimpfung, die sanitäre Überwachung der Prostitution vorwurfsfreier und viel erfolgreicher ihre volle Wirksamkeit entfalten, würde die nach Tausenden zählende Menge der aus elterlicher Syphilis resultierenden Früh- und Totgeburten erheblich abnehmen.

Schon diese nicht dringend genug hervorzuhebende **soziale** Bedeutung der syphilitischen und der Hautkrankheiten läſst es meiner unvorgreiflichen Ansicht nach als unerläſsliche Pflicht des Staates erscheinen, das gründlichste theoretische und praktische Studium derselben jedem Studierenden der Medizin in möglichster Reichhaltigkeit zugänglich zu machen.

Dazu kommt, daſs, wenn irgend welche Studien in bestimmten Gebieten der medizinischen Wissenschaft, gerade diese über die Bedeutung von Spezialfächern weit hinausreichen; sie greifen tief in die gesamte medizinische Ausbildung ein und sind jedem wissenschaftlichen Arzte, dem theoretischen Forscher nicht minder wie jedem inneren Arzte, Chirurgen oder Geburtshelfer geradezu unentbehrlich.

Daſs aber die gelegentliche Vorführung eines und des anderen Krankheitsfalles aus diesen Gebieten in den bestehenden medizinischen, chirurgischen und geburtshülflichen Kliniken für eine gründliche Ausbildung der Studierenden ganz und gar nicht ausreicht, wird von jedem Kenner der Studienergebnisse an den preuſsischen Universitäten nicht minder zugegeben, als durch die Einführung und Vermehrung solcher besonderer Kliniken an den im Eingange genannten Universitäten thatsächlich bestätigt. Die Aufnahme des gröſsten Teils von Sypilitischen und von Hautkranken unter die Kranken der genannten Universitätskliniken ist überdies — abgesehen von der Verdrängung anderer, die eigentliche Lehr- und Heilungsaufgabe der letzteren bildenden Krankheitsfälle — schon aus sanitätspolizeilichen Gründen unthunlich.

Aber auch der erweiterte Umfang, welchen die Dermatologie und Syphilidologie der heutigen Zeit genommen, läſst die Errichtung eines besonderen Lehrstuhls für

diese Gebiete um so notwendiger erscheinen, als dieselben spezielle anatomische, mikroskopische, chemische, therapeutische und statistische Forschungen, sowie das Bewältigen einer enorm angewachsenen Litteratur und somit die volle Kraft und Zeit eines Spezialforschers beanspruchen.

Dafs die einzige in Preufsen bestehende Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in der Charité das gleiche Bedürfnis an den übrigen Universitäten nicht zu befriedigen vermag, ist selbstredend. . . . .

(Es folgt zunächst bezüglich der Breslauer Universität die Darlegung der Unzulänglichkeit des demonstrativen Unterrichts an meiner, seit 1861 auf eigene Kosten unterhaltenen ambulatorischen Klinik. . . . .)

Hiernach erlaube ich mir Ew. Excellenz ganz gehorsamst zu ersuchen,

in Erwägung, dafs das Interesse der Gesamtbevölkerung, des Unterrichts und der medizinischen Wissenschaft die möglichst baldige Errichtung spezieller Kliniken und Lehrstühle für Hautkrankheiten und Syphilis an den gröfseren preufsischen Universitäten erheischt, zunächst an der hiesigen Universität eine solche Klinik zu errichten. . . . .

Darauf erfolgte im November 1872 die Errichtung des also motivierten Lehrstuhls zu Breslau und meine Berufung auf denselben. Hingegen würde es hier zu weit führen, die unzähligen Schwierigkeiten aufzuzählen, mit welchen ich zu kämpfen hatte, um meinen Hauptantrag auf Errichtung einer stationären Klinik an der Universität durchzusetzen. Dieses Ziel, dessen Erreichung ich mir geradezu zur Lebensaufgabe gemacht hatte, wurde erst nach langjährigen, verschleppten Verhandlungen durch die Aufnahme meiner Klinik und auch einer zugehörigen Poliklinik in dem (bis dahin dem Unterricht hierfür völlig verschlossenen) städtischen Allerheiligen-Hospital zu Ostern 1877 durchgesetzt.

Kraft des einmal im Ministerium zum Durchbruch gebrachten Prinzips wurde 1882 auch in Bonn (unter Doutreleponts trefflicher Leitung) unter günstigeren lokalen Verhältnissen eine besondere, opulent ausgestattete Klinik errichtet.

Für die übrigen preufsischen resp. norddeutschen Universitäten ist jedoch dem gleichen Bedürfnisse noch nicht abgeholfen, für Königsberg erst eine offizielle Poliklinik in Aussicht genommen. Und wenn auch schon seit der relativ kurzen Wirksamkeit jener beiden Universitätskliniken der Unterricht einer grofsen Zahl von Studierenden und Ärzten darin erteilt werden konnte, wenn es auch an einzelnen anderen Hochschulen dem Eifer einzelner Docenten gelungen ist, eine gröfsere Zahl von Zuhörern, auch ausländischen, anzuziehen, und wenn so das 1872 noch vorhandene österreichische Monopol bei uns längst durchbrochen ist, so mufs diesem Mangel doch an allen übrigen Universitäten und zwar Nord- sowie Süddeutschlands[4] abgeholfen werden, damit die Syphilido- und Dermatologie an jeder Universität in ihren für jeden Praktiker, sowie pathologischen Forscher gleich unerläfslichen Grundzügen erlernbar werden.

Als wirksames Unterpfand hierfür aber ist einzig und allein ihre Einreihung eben als integrierender Teil des allgemeinen ärztlichen Wissens in die obligatorischen ärztlichen Prüfungen[5] ebenso heilsam wie notwendig.

---

[4] Bisher haben nur München, Würzburg und Strafsburg diese Kliniken.

[5] Leloir erwähnt in seinem sehr detaillierten Reisebericht [Organisation de l'enseignement de la Dermatologie et de la Syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises. Etude comparative de cet enseignement en France, Allemagne et Autriche" (*Annales de Dermat. et Syph.*, T. IX, No. 1—4), in welchem er neben vielem Zutreffenden die Lehrverhältnisse unserer Spezialfächer in der Gegenwart und ihre Aussichten bezüglich eigener Kliniken an den deutschen Universitäten für die Zukunft dem französischen Unterrichtsministerium

Dafs die allgemein medizinische Durchbildung durch den Unterricht in diesen Spezialkliniken nicht beeinträchtigt und einseitig gemacht, sondern nur vervollständigt werden kann, bedarf für den gesunden Geist der deutschen Kollegen keines weiteren Beweises.

Prurigobehandlung. Ich habe seit Monaten einen Fall von Prurigo in Behandlung und möchte die Leser der *Monatsh. f. prakt. Dermat.* fragen: Welches ist heute die beste Behandlung? Versucht habe ich in diesem Falle Schwefelresorcinsalicylsalbe, Resorcinsalicylkarbolchloralsalbe, Teerbäder, Teereinpinselungen, Chlorcalcium-Ichthyolsalben, Ichthyol innerlich; Besserungen wurden erzielt, doch stellten sich immer wieder intensive Recidive ein; die (relativ) besten Resultate haben mir zuletzt

Resorcin	5 %	
Sulf. praec.	10 %	
Acid. carb. und Acid. salicyl.	1 %	
Chloralhydrat.	2,5 %	mit Vaselin,

sowie intern Natr. salicyl. 0,5 pro die ergeben.

Fall: 7jähriges zartes Mädchen, seit drei Jahren Prurigo; jede Behandlung bis jetzt erfolglos.

Zur Ätiologie — Heredit. nicht vorhanden; bei jüngerer Schwester von zwei Jahren beginnt Prurigo gleichfalls. *Dr. Lier-Mexiko.*

Über die Entwickelung der sogenannten strumösen Bubonen und die Indikationen für die frühzeitige Exstirpation derselben, von Dr. Hermann G. Klotz in New-York. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 6.) Bei allen Inguinaldrüsengeschwülsten, welche das Bild der sogenannten strumösen Bubonen darbieten, empfiehlt Verf. die Exstirpation, und zwar möglichst frühe Exstirpation der ganzen Drüsengruppen. Handelt es sich wirklich um eine einfache Hyperplasie, so geschieht dem Patienten durch die Entfernung auch kein Unrecht. Ist aber Eiter in der Form miliarer Abscesse vorhanden, dann ist die Aussicht auf Rückgang der Geschwulst eine sehr geringe und die Drüsen müssen früher odor später doch entfernt werden. Zum Schlufs sagt Verf.: „Finden meine Behauptungen betreffs des gleichzeitigen Erkrankens der ganzen Drüsengruppe, des frühen und regelmäfsigen Auftretens der miliaren Eiterherde, des frühen Auftretens der Allgemeinstörungen und des sekundären Erkrankens anderer Drüsengruppen Bestätigung, dann sind auch die Indikationen für die frühe Operation zugegeben." *L. Hoffmann-Berlin.*

Wirkung der Testikularflüssigkeit bei Frauen. (*Bulletin médical.* 1890. *Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 20.) A. Mairet machte bei zwei Frauen Injektionen mit der aus den Hoden junger Hunde nach Brown-Séquard dargestellten Testikularflüssigkeit und fand, wie bei den Männern, auch bei ihnen eine Steigerung der vitalen Energie. Die bei denselben beiden Frauen mit ovarialer Flüssigkeit vor-

---

in einem gar zu rosigen Lichte darstellt] auf pag. 199, T. IX, 3, dafs die Wirksamkeit einer künftigen obligatorischen Prüfung in jenen unter anderem aus den hohen Frequenzziffern der Zuhörer an diesen beiden Kliniken in Würzburg und in Bonn erhelle, wo diese Fächer infolge einer Personalunion seitens eines gleichzeitig internen resp. chirurgischen Prof. extraordinarius, welche eigentlich für diese Hauptfächer Examinatoren sind, thatsächlich geprüft werden. — Von der wirklichen Entstehung der oben geschilderten Vorgeschichte unserer Kliniken in Preufsen ist übrigens Leloir offenbar nicht genügend unterrichtet gewesen.

genommenen Injektionen wirkten in dem einen Falle weniger deutlich, in dem anderen gar nicht. Diese Versuche zeigen, dafs die Testikularflüssigkeit nur durch ihren Gehalt an chemischen Stoffen wirkt und das Nervensystem sowohl beim Manne, wie bei der Frau günstig beeinflufst. *Gründler-Dresden.*

Denkmal für Dr. PHILIPPE RICORD.

Unter dem Vorsitz von Prof. A. FOURNIER hat sich aus Freunden und Schülern RICORDS ein Komitee gebildet zu dem Zwecke, dem grofsen Verstorbenen ein Denkmal zu errichten.

An die deutschen Verehrer RICORDS richten wir die Aufforderung, sich durch Beiträge an dem Denkmal dieses für unsere Wissenschaft so hochverdienten Mannes zu beteiligen.

Die Beiträge für das RICORD-Denkmal nimmt der Sekretär des Komitees Docteur HORTELOUP, 76 Rue de la Victoire, Paris entgegen.

American Dermatological Association.

Programm der 14. Jahresversammlung

zu Richfield Springs, New-York

am 2., 3. und 4. September 1890.

1. Dr. R. W. TAYLOR, Observations on Prurigo, Clinical and Pathological.
2. Dr. R. B. MORRISON, Prurigo in the Negro.
3. Dr. W. T. CORLETT, A Clinical Study of Pruritus hiemalis—Winter Itch, Frost Itch, etc.
4. Dr. E. B. BRONSON, A Study on Pruritus.
5. Dr. J. N. HYDE, Note relative to a case, probably, of „Cancer en cuirasse."
6. Dr. F. J. SHEPHERD, A case of Atrophia maculosa et striata following Typhoid Fever.
7. Dr. G. T. JACKSON, Electrolysis in the Treatment of Lupus vulgaris.
8. Dr. J. C. WHITE, Immigrant Dermatoses.
9. Dr. G. H. FOX, Notes on some rare cases.
10. Dr. J. T. BOWEN, Cases of Cutaneous Tuberculosis, with Histological Studies.
11. Dr. R. B. MORRISON, Cases from the Hopkins Hospital Clinics.
12. Dr. H. W. STELWAGON, Plica.
13. Dr. C. W. ALLEN, Treatment of Erysipelas.
14. Dr. L. A. DUHRING, Remarks on the Treatment of Dermatitis herpetiformis.
15. Dr. H. W. STELWAGON, Treatment of Ringworm and Favus of the Scalp.
16. Dr. H. G. KLOTZ, Notes on Pilocarpine in Dermatology.
17. Dr. C. W. ALLEN, Report on Aristol.

---

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Bremen.

Vom 15. bis 20. September 1890.

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Bisher sind folgende Themata angemeldet worden:

1. Berliner (Hamburg): Schweflige Säure bei Hautkrankheiten.
2. Derselbe: Über Hutchinsons Summer prurigo.
3. Ihle (Leipzig): Über Versuche mit einigen bisher noch nicht angewandten reduzierenden Medikamenten.
4. Derselbe: Über 2 operativ behandelte Fälle von Carcinoma penis im jugendlichen Alter.
5. Lassar (Berlin): Thema vorbehalten.
6. Letzel (München): Über die Häufigkeit der Beteiligung der Urethra post. am gonorrhoischen Erkrankungsprozefs nebst einigen Mitteilungen über neue Behandlungsmethoden derselben.
7. Müller (Hamburg): Histologie des Pemphigus vegetans.
8. Philippson (Hamburg): Über Ichthyosis hystrix und Naevi lineares.
9. Rosenthal (Berlin): Thema vorbehalten.
10. v. Sehlen (Hannover): Kulturen des Pockengiftes.
11. Derselbe: Einfluſs von Medikamenten auf Reinkulturen des Favuspilzes und von Trichophyton.
12. Derselbe: Methodologische Beiträge zur Kultur der Hautpilze.
13. Senger (Krefeld): Excision der Initialsklerose und deren Technik und Erfolge.
14. Unna (Hamburg): Über Jod- und Bromexantheme.
15. Derselbe: Über Erkrankungen der Mundschleimdrüsen.
16. Veiel (Cannstadt): Thema vorbehalten.
17. Zuelzer (Berlin): Thema vorbehalten.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Schuster-Aachen. *Wann dürfen Syphilitische heiraten?* 3. Aufl. gr. 8°. 28 S. Berlin 1890. M. 1.—

Harriet Lothrop. *Über Regenerationsvorgänge im Eierstock.* Luzern 1890.

Bergh. *Die cladohepatischen Nudibranchien.* Jena 1890.

Leloir und Vidal. *Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten,* bearbeitet von Eduard Schiff in Wien. 1. Lfg. 80 S. und 6 Tafeln. Hamburg 1890. M. 8.—

Ignazio Tortora. *Lo Stato Attuale della Patologia venereo-siphilitica.* Morgagni 1889. März.

Herrmann Klotz-New York. Clinical observations on intramuscular injections of insoluble mercurial salts in syphilis. *The Journ. of cutan. and genito-urinary diseas.* Februar, März, April 1890.

White. Keratosis follicularis. *The Journ. of cutan. and genito-urinary diseas.* Januar 1890.

Max Salomon. *Handbuch der speciellen internen Therapie f. Ärzte und Studierende.* 2. Aufl. gr. 8°. 478 S. Berlin 1887. M. 8.—

Baumgarten. *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.* 4. Jahrg. 1888. 1. Hälfte gr. 8°. VII. und 256 S. Braunschweig 1890. M. 6.40.

Kogerer. Zur Entstehung der Hauthämorrhagien. *Zeitschr. f. klin. Medizin.* Bd. X. No. 3.

Deutschmann. *Arthritis blennorrhoica.* Hamburg. *Gräfes Archiv.* Bd. 36. No. 1.

Schwimmer. Die äufserliche Anwendung des Thiols bei Hautkrankheiten. *Therapeut. Monatsh.* April 1890.

Körösi. Kritik der Vaccinationsstatistik und neue Beiträge zur Frage des Impfschutzes. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25.

Kromayer. Was bedingt die weifse Farbe unserer Haut. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25.

Rodolfo Stanziale. *Del Mollusco contagioso di Bateman.* Napoli 1890.

Bernays. Five consecutive cases of gunshot wounds of the abdomical viscera. *St. Louis med. and surgic. Journ.* Juni 1890.

Gottstein. Beiträge zur Lehre von der Septikämie. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 24.

Giovannini. *Un caso di Idrosadenite.* Milano 1889.

Finger. Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie. *Ausspitz Archiv.* 1890.

Leloir. Des dermatoneuroses. *Journ. des malad. cutan. et syph.* Clermont. April 1890.

Bidder. Therapeutische Versuche mit Thiol. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 20 u. 21.

Letzel. *Kuren und Heilerfolge bei Lues im Bade Tölz-Krankenheil in Oberbayern.* Tölz 1890.

von Sehlen. Reagierglashalter für mikroskopische Untersuchungen. *Zeitschr. f. wiss. Mikroskopie u. f. mikr. Technik.* Bd. VII. 1890. pag. 17—20.

Nathusius. Leimerzeugung aus der Marksubstanz von Integementgebilden. *Zoolog. Anzeiger.* 1890. No. 336.

Leartus Cannor. The American Academy of medecine, its objects, its signs of promise and its obstacles; its field of work, and some suggestions looking to an increase of its efficiency. *American Lancet.* Dezbr. 1889.

Richard Wehmer. Die häufigsten Gesundheitsstörungen des Alpinisten, ihre Verhütung und erste Behandlung. *Zeitschr. d. deutschen u. österr. Alpenvereins.* Wien 1889.

Prof. R. Thoma. Anatomisches über die Lepra. *Sitzungsber. d. Dorpater Naturforscher-Gesellschaft.* 1889.

Prof. H. Hoyer in Warschau. Über ein für das Studium der direkten Kernteilung vorzüglich geeignetes Objekt. *Anatom. Anzeiger.* 1890. No. 1.

A. Gawalowski. Über Dr. Rob. Fischers Epilatoire. *Rundschau f. Pharmacie, Chemie, Hygiene.* Prag 1890. No. 3.

Prof. Eulenburg. Subakute amyotrophische Spinallähmung mit paralytischer Schultergelenkerschlaffung; Behandlung durch Arthrodese. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 3.

— Über den diagnostischen Wert des Charcot-Vigourouxschen Symptoms bei Basedowscher Krankheit. *Centralbl. f. klin. Med.* 1890. No. 1.

Prof. Hugo Schulz. Aufgabe und Ziel der modernen Therapie. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 1—4.

Joseph. Über akutes umschriebenes Hautödem. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1890. No. 4.

Berliner dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 3. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Saalfeld in Vertretung.

Schriftführer: Herr Rosenthal.

Das Protokoll der Maisitzung wird verlesen und genehmigt.

Herr Heller:

Über die bakteriologische Bedeutung des Aristols.

M. H. Wenn auch durch die Publikation Neissers in der *Berl. klin. Wochenschr.* die Frage nach der antiseptischen Wirkung des neuesten in der Dermatotherapie empfohlenen Mittels, des Aristols, entschieden ist, so dürfte es doch für Sie einiges Interesse haben, bakteriologische Versuche, die schon vor Neissers Veröffentlichung zum Abschluſs geführt waren, zu sehen. Soll das Aristol ein Ersatz des Jodoforms, als welches es empfohlen wurde, sein, so muſs es auch die richtigen antibakteriellen Eigenschaften desselben besitzen. Das Jodoform ist für uns wertvoll, nicht weil es die Mikroorganismen vernichtet, sondern weil es den Nährboden für das Wachstum der Spaltpilze und damit für die Bildung der giftigen Stoffwechselprodukte der Bakterien ungeeignet macht. Die Untersuchung beschränkte sich darauf, diese kolyseptische Wirkung des Jodoforms mit der des Aristols zu vergleichen. Es kam darauf an, möglichst in vitro Verhältnisse herzustellen, die auch in vivo vorhanden sind. Jodoform und Aristol werden vorwiegend als Streupulver auf einem für die Bakterienentwickelung geeigneten Nährboden (Wunde) bei Körpertemperatur unter Abschluſs von Licht und Zutritt von Feuchtigkeit angewandt. Dementsprechend wurde Nährmaterial, und zwar das von mir angegebene, ein Ersatzmittel des Fleischwasser-Agar darstellende Harn-Agar in Petrische Schalen gegossen, mit Mikro-

organismen infiziert und in allmählich sich steigerndem Maſse mit Jodoform und Aristol bestreut. Die Schalen werden 2—3 Tage im Brütschrank bei 37,5° (Lichtabschluſs) gehalten und durch Aufstellung von Wasserschalen im Brütschrank für genügende Feuchtigkeit gesorgt. Als Impfmaterial wurde vorwiegend Staphylococcus pyogenes aureus, groſse, leicht charakterisierbare Fäulnisbakterien und in einigen wenigen Fällen Milzbrandbacillen benutzt.

Da das Aristol als Specificum gegen Lupus empfohlen wurde, so wäre eigentlich die Wirkung des Aristols auf Tuberkelbacillen zu beobachten am meisten von Interesse gewesen. Die Schwierigkeit der bakteriologischen Arbeit mit den langsam wachsenden und sehr empfindlichen Tuberkelbacillen wie vor allem die wenig befriedigenden Erfahrungen, die mit dem Aristol auf der Dr. Rosenthalschen Klinik bei der Lupusbehandlung gemacht worden waren, veranlaſsten mich, die Untersuchung auf die erwähnten Mikroorganismen zu beschränken. Zum Vergleich mit dem Aristol und dem Jodoform wurde auch das Jodol in einigen wenigen Fällen herangezogen.

Die Resultate der Untersuchungen demonstriere ich Ihnen. Auf den mit Jodoform bestreuten Platten sind längs des Impfstriches die aufgetragenen Massen von Mikroorganismen sichtbar. Ein Wachstum, eine Weiterverbreituug über die Platte hat nicht stattgefunden, trotzdem die Kulturen schon vor einigen Wochen hergestellt wurden. Im Gegensatz dazu zeigen die Staphylococcen und Fäulnisbacillen auf den mit Aristol beschickten Platten ein geradezu üppiges Wachstum. Der Staphylococcus hat den charakteristischen Farbstoff reichlich gebildet, der Fäulnisbacillus die ganze Platte förmlich durchwachsen und dadurch gänzlich undurchsichtig gemacht. Nur an den Stellen, wo das Aristol in einer sehr dicken Schicht lag, hat das Bakterienwachstum ähnlich wie unter einer auf die Nährfläche gelegten Glasplatte wohl infolge des mechanischen Luftabschlusses sistiert. Die Wirkung des Jodols ist schwächer als die des Jodoforms, dagegen bedeutend stärker, als die des Aristols.

Die Versuche, die übrigens in ihren Ergebnissen völlig mit den Neisserschen übereinstimmen, beweisen wohl, daſs das Aristol

in bezug auf seine antibakteriellen Eigenschaften dem Jodoform nicht als gleichwertig zu erachten ist. Ob das Aristol sonstige Vorzüge besitzt, die es zu einer wesentlichen Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes werden lassen, bleibt abzuwarten, erscheint jedoch mir, nach den auf der Dr. ROSENTHALschen Klinik gemachten Erfahrungen recht zweifelhaft.

Zum Schluſs erlaube ich mir, meinem Chef, Herrn Dr. O. ROSENTHAL für die Anregung zu diesen Untersuchungen meinen besten Dank auszusprechen.

Herr BEHREND:

Nach den Untersuchungen des Herrn Vortragenden, die ja auch mit anderen Publikationen übereinstimmen, glaube ich wohl, daſs das Aristol keineswegs die Eigenschaften besitzt, welche man ihm ursprünglich nachgerühmt hat. Ich möchte jedoch bei dieser Gelegenheit eine allgemeine Bemerkung nicht unterlassen, die sich keineswegs auf die Untersuchungen des Herrn Vortragenden speziell beziehen soll, nämlich daſs man im allgemeinen aus Kulturversuchen im Reagensglas nicht ohne weiteres Schlüsse über Vorgänge im Organismus und an demselben ziehen darf, wie das in neuerer Zeit vielfach geschieht, da im Organismus doch ganz andere Verhältnisse obwalten, als auf dem künstlichen Nährboden. In bezug auf das Aristol aber, glaube ich, dürften fortan Meinungsverschiedenheiten nicht mehr existieren.

Herr BOER:

Im Gegensatz zu der Ansicht des Herrn BEHREND bemerke ich, daſs das Reagensglas für derartige Versuche sehr wohl zu verwenden ist. Alle bisherigen, erfolgreich ausgeführten Desinfektionsmethoden beruhen ursprünglich auf ähnlichen Experimenten. — Nur hätte ich gewünscht, daſs Herr HELLER sich nicht mit den Versuchen auf Agar begnügt, sondern daſs er dieselben auch mit Bouillon oder anderen Nährböden angestellt hätte. Die Resultate würden vollkommen und einwandsfreier sein. —

Herr HELLER:

Die Versuche wurden auf festen Nährböden und nicht auf Bouillon angestellt, weil das Aristol, in wässerigen Flüssigkeiten völlig unlöslich, unwirksam auf dem Boden der Reagensgläser

gelegen hatte. Aus diesem Grunde hat wohl auch Neisser von der Verwendung des Aristols abgesehen.

Herr Babe:

Auf die Entgegnung des Herrn Vortragenden, dafs in Bouillonröhrchen das Aristol als Pulver auf dem Boden liege und in solcher Masse nicht wirken könne, da die Bakterien oberhalb in der Bouillon wachsen, — erwidere ich, dafs für diejenigen Mikroorganismen, für welche Aristol antiparasitäre Wirkung hat, dieses nicht in Betracht kommt.

Bei den Versuchen mit Jodoform genügt es schon, ein nur mit Jodoformaethersray imprägniertes Stückchen Filtrierpapier in das mit Tuberkelkulturen beschickte Gefäfs hineinzuhängen, um die Kultur abzutöten, oder das Wachstum der Bakterien aufzuheben. Auch die Cholera zeigt in Röhrchen mit Bouillon, denen Jodoform zugesetzt, absolut kein Wachstum, obwohl selbige, wie bekannt, hauptsächlich an der Oberfläche wächst.

Herr Rosenthal:

Den Ausführungen des Herrn Boer schliefse ich mich, in ihrem ersten Teile wenigstens, an. Die von Herrn Heller angestellten Versuche sollen nur die bakteriologische, nicht auch die klinische Bedeutung des Aristols klarlegen. Es handelt sich hier nur um die Frage: Hat das Aristol Bakterien hemmende Wirkung oder nicht? — Und von diesem Standpunkte aus betrachtet sind Herrn Hellers Versuche augenfällig und überzeugend.

Herr Heller:

Sobald man im Zweifel ist, an welchen Stellen Bakterien gewachsen sind, hat man nur zur mikroskopischen Durchwucherung der Platten bei schwacher Vergröfserung zu greifen. Wo Organismen gewachsen sind, verliert der Nährboden seine Durchsichtigkeit und erscheint getrübt.

Auf den privatim geäufserten Einwand des Herrn Behrend schliefslich erwidere ich, dafs ich absichtlich auf einige Stellen der Platte sehr viel, auf andere sehr wenig Aristol gestreut habe, um dem Einwande zu entgehen, die Menge des Aristols sei von mafsgebender Bedeutung.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 6. 15. September 1890.

X. Internationaler medizinischer Kongreſs zu Berlin 1890.
XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Exanthemata medicinalia externa.

Von

T. Colcott Fox
in London.

Die Frage, welche wir, Herr Malcolm Morris und ich, hiermit dem Kongreſs unterbreiten, lautet folgendermaſsen: „Sind die auf die circumscripte, (lokale) äuſserliche Anwendung gewisser Medikamente (z. B. Jodoform, Sublimat, Belladonna, Chrysarobin, Arnica u. s. w.) sich entwickelnden, ausgebreiteten erythematösen und vesikulösen Ausschläge in dieselbe Klasse wie die durch die innerliche Darreichung der Medikamente bedingten, universellen Exantheme einzureihen?“ —

Es erscheint mir aus dem Grunde wünschenswert, diese Frage zu besprechen, weil der Hauptgegenstand, der hier zur Beratung steht, eine angemessene Würdigung noch nicht gefunden hat, weder in den von den rein äuſserlich entstehenden Ausschlägen (Dermatitis venenata), wie die von Professor J. C. White besprochenen, handelnden Schriften, noch in denjenigen zahlreicheren Abhandlungen, welche über die durch interne Darreichung von Medikamenten entstehenden Ausschläge veröffentlicht worden sind, so z. B. von Köbner, Behrend, Atckinson, van Harlingen, Farquharson, Morrow u. a. Die Ursache diese Mangels finden wir hauptsächlich in dem Umstande, daſs bei vielen Mitteln die toxische Wirkung derselben bei lokaler Anwendung auf die Haut erst in den letzten Jahren ganz genau untersucht worden ist, und daſs dieses Studium erst seit der Einführung einiger bestimmter, neuer Arzneimittel und namentlich seit der allgemeinen Anwendung der antiseptischen Methode der Wundbehandlung mehr in den Vordergrund getreten ist.

Es war ursprünglich beabsichtigt gewesen, daſs Herr Malcolm Morris und ich unsere Resultate jeder in einer besonderen Abhandlung vortragen sollte; als wir aber anfingen, gegenseitig unsere Ansichten auszutauschen, fanden wir, daſs unsere Auffassung den Hauptpunkten

nach so genau übereinstimmte, dafs wir beschlossen, die Bearbeitung des Themas gemeinsam zu unternehmen. Wir bitten die verehrliche Sektion um gütige Nachsicht für etwaige Mängel bei dieser Besprechung einer etwas verwickelten und schwierigen Frage.

Nach einer eingehenden Durchforschung des vorliegenden Gegenstandes und im speziellen der Jodoformdermatitis zeigte es sich uns, dafs die Mehrzahl der auf die lokale Anwendung von Medikamenten entstehenden Exantheme in eine von den folgenden drei Kategorien einzureihen ist. Nämlich:

I. Solche mit einer streng lokalen Wirkung, die sich auf die mit dem Mittel in direkter Berührung stehenden Gebiete beschränkt, und die unmittelbar auf einer rein lokalen Reizung ohne die Entstehung irgend welcher Reaktion des Organismus im allgemeinen beruht.

II. Bei dieser Gruppe ist die Äufserung des Reizes ebenfalls eine lokale, indessen ist dieselbe nicht blofs auf das betreffende Gebiet allein beschränkt, sondern sie strahlt eine Strecke weit über dasselbe hinaus aus. Dabei sind die krankhaften Erscheinungen blofs durch periphere Ursachen bedingt, doch können Einwirkungen auf den Organismus im ganzen sowohl vorhanden sein, als auch fehlen. Es sind in dieser Gruppe zwei Unterabteilungen zu unterscheiden.

a. Diejenige, bei welcher das Exanthem auf das mit dem betreffenden Mittel in Berührung kommende Gebiet nebst einer gewissen angrenzenden Zone beschränkt ist.

b. Diejenige, bei welcher der Ausschlag sich von der Berührungsstelle ununterbrochen über eine mehr oder weniger ausgedehnte Strecke (wie Dr. Unna sich treffend ausdrückt) wie Wasser auf Fliefspapier weiter ausbreitet.

III. Hierbei beruhen die in der Peripherie sich ausbreitenden Wirkungen auf centraler Reizung mit oder ohne gleichzeitige Allgemeinerkrankung. Dieselben lassen sich ferner einteilen in:

a. Ausschläge, welche unter dem Einflusse peripherer Reizung anfangs circumscript auftreten, sich aber dann weiter ausbreiten und schliefslich durch centrale Reizung zur Entwickelung weiter entfernt gelegener Reaktionsgebiete führen.

b. Durch rein centrale Reizung bedingte, mehr oder weniger weit verbreitete oder diffuse Ausschläge,

welche bald in der Nähe der Applikationsstelle des Mittels oder an mehreren entfernteren Stellen ohne lokale Erscheinungen sich entwickeln.

Ich glaube, dafs diese Einteilung nicht nur für die Jodoformdermatitis, sondern auch im allgemeinen für die auf die lokale Anwendung von Arzneimitteln sich entwickelnden Ausschläge sich als zutreffend erweisen wird. Auf das Studium der Wirkungen des Jodoforms habe ich deswegen meine Aufmerksamkeit hauptsächlich gerichtet, weil ich fand, dafs die diesbezüglichen Beobachtungen zur Lösung der aufgeworfenen Frage besonders geeignet waren, und weil es zweckmäfsig war, das Problem unter Berücksichtigung einzelner, bestimmter Medikamente auszuarbeiten. Es kommt dabei in Betracht erstens, dafs die lokalen Reizesäufserungen des Jodoforms keine besonders intensiven sind, und zweitens, dafs die Jodoformdermatitis sich in scharf charakterisierten Wirkungen äufsert. Auf dem affizierten Hautgebiete treten erythematöse, punktförmige oder papulöse, diffuse oder fleckige Ausschläge oder auch Bläschen und Blasen hervor. Zuweilen findet sich dabei eine erhebliche Infiltration der Haut. In der Regel zeigt diese Dermatitis den Typus des Ekzems oder des Erythems, doch ist auch (von JANOWSKY) von einem Purpuraausschlag berichtet worden. Schliefslich sind drittens die Anzeichen einer allgemeinen Intoxikation oft klar und deutlich, wenn auch der Intensität nach graduell verschieden; dieselben äufsern sich unter dem Bilde des Fiebers, sowie von Störungen der Verdauung, des Kreislaufes und des Nervensystems, und es läfst sich ferner das Vorhandensein des Jodoforms am Atem, Geschmack, Urin und an gelegentlich an den einzelnen Organen sich entwickelnden, schweren Gewebsveränderungen nachweisen.

Bei Anfertigung dieser Arbeit habe ich ausgiebigen Gebrauch gemacht von TAYLORS Abhandlung im *New York Med. Journ.* Okt. 1. 1887, wo die Litteratur bis dato angegeben ist.

Siehe auch KOLBE; *Ther. Monatsh.* Juni 1889. pag. 267.

GEYER (Budapest): *Ther. Monatsh.* 1889. pag. 36.

C. H. POWELL: *St. Louis Med. u. S. Journ.* 1889. LVI. 80.

RUMMO: *Archives de Physiol.* No. VI. u. VII. 1883: „Über die physiologische Wirkung des Jodoforms", sowie die im Laufe dieser Abhandlung angegebenen Referenzen.

Gruppe I.

Die Ausschläge sind genau auf das Anwendungsgebiet des Mittels beschränkt und beruhen blofs auf einfacher, lokaler Reizung.

Wir wissen, dafs viele Körper ausgesprochene reizende Eigenschaften

besitzen, oder dafs ihnen die Fähigkeit innewohnt, bei gewissen Individuen, wenngleich mit wechselnder Deutlichkeit und Intensität eine circumscripte Dermatitis (D. venenata) hervorzurufen. White hat über diesen Gegenstand ausführlich geschrieben, doch will ich hier noch besonders hervorheben, dafs Quecksilberpräparate, Belladonna, Chrysarobin, Arnica, Resorcin und Jodoform alle geeignet sind, durch rein lokale und einfach reizende Einwirkung eine Dermatitis hervorzurufen.

Es ist wichtig, hierbei die auffallende Empfindlichkeit, Idiosynkrasie oder Widerstandslosigkeit, welche manche Individuen gewissen Mitteln gegenüber erkennen lassen, in ihrer vollen Bedeutung anzuerkennen. Wo diese Empfänglichkeit einmal besteht, da wird das schädigende Mittel, gleichgültig auf welche Weise und in welchen Quantitäten angewandt, stets den Ausschlag hervorbringen. Wenn überdies der wirksame Körper von flüchtiger Beschaffenheit ist, wie das Gift des Epheus (Rhus toxicodendron), oder sehr leicht, pulverartig, schuppig oder krystallinisch ist, wie Jodoform und Chrysarobin, und wenn dazu kommt, dafs die Mittel in reichlichen Mengen angewandt werden, oder unter Umständen, welche eine weitere Übertragung derselben gestatten, z. B. durch Lockerung von Verbänden, die Berührung angrenzender Hautflächen mit einander, Kratzen, Reiben u. s. w., dann kann der Ausschlag sich in einer ganz überraschenden Art und Weise über ein aufserordentlich weites Gebiet ausbreiten. Sublimat und andere Quecksilberpräparate erweisen sich oft als intensiv reizend. Eine lokale Dermatitis auf Belladonna ist zwar von White nicht mit angeführt, doch kommt dieselbe gar nicht so ganz selten vor, namentlich nach der Anwendung vom Glycerinum Belladonnae. Bei Chrysarobin und Resorcin ist dies ein alltägliches Vorkommnis, und über eine durch die Aufpinselung von Arnikatinktur auf eine verletzte oder auch eine intakte Haut hervorgerufene Dermatitis ist wiederholt schon berichtet worden (White, Hebra, Tilbury Fox, Duhring u. a.). Von Jodoform sagt Taylor, „man sieht dabei oft eine milde Form von Erythem an den Händen von den Personen, welche Verbände anlegen, Pflegerinnen und Gehilfen in Hospitälern, sowie auch bei den die Anfertigung von Jodoformgaze besorgenden Personen; dasselbe besitzt durchaus keine spezifischen Eigenschaften und läfst sich vergleichen mit dem einfachen Reizzustande, den beliebige Arzneimittel, Senfsamen und Theerpräparate erzeugen.“ Andere Beobachter haben ähnliche Erfahrungen zu verzeichnen gehabt, aber in London wurden beim Nachfragen wenige Beobachtungen dieser Art festgestellt. Die groben Schüppchen von Jodoform mögen mechanisch reizend wirken, aber das Mittel selbst ist meistenteils von schmerzlindernder Wirkung und das Jodoformium präcipitatum kann ohne Gefahr auch auf eine entzündete Conjunctiva appliziert werden.

Diese Ausschläge sind also im strengen Sinne des Wortes lokalisierte,

durch peripher einwirkende Ursachen entstanden und nicht spezifischer Art. Die Haut reagiert prompt auf den durch ihre Anwesenheit erzeugten Reiz, und der Effekt beschränkt sich dabei auf das demselben ausgesetzte Gebiet. Einige Körper können durch die intakte Haut resorbiert werden; von Jodoform hat JACKSON angegeben, dafs es in krystallinischer Form auf diese Weise in den Organismus eindringen könne, aber ich bin der Ansicht, dafs diese Art von Ausschlag der durch Kalk, Zucker, Flachs u. s. w. erzeugten Dermatitis, bei welcher keine Andeutung einer Resorption besteht, analog ist. Die individuelle Empfänglichkeit gibt stets einen gewichtigen Faktor hierbei ab.

Gruppe II.

Die Wirkungen sind ebenfalls lokaler Art, jedoch nicht auf die Grenzen des Anwendungsgebietes beschränkt, sondern sie breiten sich über dasselbe eine Strecke weit aus und sind blofs durch periphere Einflüsse bedingt.

Als Beispiele meiner ersten Unterabteilung (a) dieser Gruppe, solcher Ausschläge, welche auf das Anwendungsgebiet des Mittels nebst einer Randzone oder einem umgebenden Hofe beschränkt sind, mögen die folgenden Fälle dienen.

TAYLOR (loc. cit.) applizierte Jodoform auf zwei kleine, weiche Schanker auf der Innenseite des Präputium, und innerhalb dreier Stunden waren der ganze Penis und das Scrotum rot geschwollen und von intensivem Jucken und Brennen befallen. Diese Symptome recidivierten, als die Geschwüre einige Zeit später mit einer ätherischen Lösung von Jodoform in Berührung kamen. Eine organische Reaktion zeigte sich dabei nicht.

CAMPBELL POPE (*Brit. Med. Journ.* April 6. 1889) legte auf eine entzündliche Bursa des Armes bei drei verschiedenen Gelegenheiten in gewissen Zwischenräumen einen Verband auf 1. von Jodoformgaze, 2. wiederum von Jodoformgaze, 3. von Jodoformsalbe, und konstatierte dabei beim jedesmaligen Verbinden eine das ganze Glied ergreifende, ekzemartige Dermatitis.

Siehe auch KOLBES zweiten Fall und ISRAEL (*Ther. Monatsh.* 1889. pag. 95).

Beispiele meiner zweiten Unterabteilung der Gruppe II, bei welcher der Ausschlag ununterbrochen von der Anwendungsstelle sich über ein mehr oder weniger grofses Gebiet ausdehnt, geben die folgenden Beobachtungen ab:

TAYLOR (loc. cit.) puderte einen ausgeleerten Bubo mit Jodoform aus, stopfte reine Gaze hinein und befestigte mit einem Spicaverband. Es entwickelten sich rasch Reizsymptome, und am folgenden Tage hatte

sich ein erythemartiger Ausschlag fast bis an den Nabel und bis zur Mitte des Oberschenkels ausgebreitet. Eine Allgemeinerkrankung war dabei nicht mit im Spiele.

Marcus Beck (London) war so freundlich, mir seine Beobachtungen eines Falles mitzuteilen, bei welchem er nach der operativen Entfernung eines atrophischen Scirrhus der Brust die Wunde mit Jodoform verband. Sofort breitete sich ein ekzematöser Ausschlag ununterbrochen über die ganze betreffende Seite des Thorax aus.

Bei vielen Fällen von Jodoformdermatitis ist es sehr schwer, mit Bestimmtheit zu sagen, ob die Erscheinungen nach Gruppe I oder nach Gruppe II hingehören. Das Schwierige dabei ist, mit Sicherheit zu entscheiden, ob das Jodoform nicht vielleicht über die Grenzen der Wunde hinaus und dann weiter über ein gröfseres Gebiet verbreitet wurde. Bei seiner Besprechung der Taylorschen Abhandlung erklärt sich White sehr geneigt, bei vielen der von ihm beobachteten Fälle die Veränderungen auf eine direkte, einfache Reizung zu beziehen, und Kolbe führt zwei Fälle an (loc. cit.), welche zur Stütze dieser Auffassung und als Beweis für die Verbreitung des Reizmittels durch Kratzen und Reiben dienen. Israel (loc. cit.) tritt dieser Ansicht entgegen, und mir will es scheinen, dafs bei vielen dieser lokalen Fälle das Mittel eine spezifische Wirkung besitzt. Akkurate Beobachter haben bei der Anwendung aller Vorsichtsmafsregeln sich davon überzeugt, dafs der Arzneistoff nicht hatte verstreut werden können. Neisser (*Dt. Med. Wochenschr.* 24. Juli 1884) ist der Ansicht, dafs bei seinen acht Fällen eine spezifische Einwirkung stattgefunden hatte, und dafs die Erscheinungen nicht eine Folge von lokaler Einwirkung sein konnten. Dies liefs sich auch beweisen durch die rasche Ausbreitung nach der Peripherie und durch die individuelle Idiosynkrasie. Er fand, dafs die äufserliche Anwendung von Jodoform in irgend welcher Form bei den für das Mittel empfänglichen Individuen eine Dermatitis hervorrief, und hierin stimmen ihm Taylor, Campbell Pope u. a. bei. Bei zwei Kranken entstanden die Jodoformausschläge bei der Einführung von Suppositorien ins Rektum und bei der einen Patientin durch ein Vaginalsuppositorium.

Einige der beschriebenen Fälle sind sehr geeignet, Licht in diese Frage zu bringen. Janowsky bedeckte bei einem Mädchen eine ausgekratzte Lupusstelle auf dem rechten Oberschenkel mit Jodoform. Drei Tage später sah man Purpuraflecke auf der umgebenden Haut auftreten, und dieselben breiteten sich im weiteren Verlaufe bis in die Höhe der Brüste aus. Bei einer zweiten Applikation des Mittels, 14 Tage später, erhielt man das gleiche Resultat. Dabei mufs hervorgehoben werden, dafs das Jodoform in diesem Falle nicht sogleich, sondern erst nach einer Zwischenzeit seine Reizwirkung auf die Haut äufserte, und es ist über-

haupt jetzt sicher festgestellt, dafs man Jodoform sehr wohl eine Zeit lang mit einer Wunde in Berührung bringen kann, ohne dafs dasselbe eine Reizwirkung ausübt, dafs dann aber, sobald die Oberfläche in einen für die Resorption geeigneten Zustand versetzt ist, sogleich eine lokale Dermatitis und Intoxikation des Organismus hervorgerufen werden. Dies war auch an dem weiter unten zu erwähnenden Falle von Treves deutlich zu erkennen. Fabre behandelte ein syphilitisches Ulcus der Oberlippe mit einer (1 : 15) Jodoformsalbe und bewirkte damit eine heftige Dermatitis des ganzen Gesichtes und des Kopfes. Bei dreimaliger Anwendung war dreimal hinter einander das Resultat stets das nämliche. Und doch hatte, was sehr charakteristisch für gewisse Arten der Resorption ist, ein Jahr zuvor die Anwendung von Jodoform auf einige Geschwüre bei demselben Patienten keinerlei üble Wirkung gehabt.

Die Erforschung der lokalen Fälle der Gruppe II führt uns also zu folgenden Resultaten:

1. Die Art der Anwendung und die verwendete Menge des Mittels machten es in vielen Fällen durchaus unmöglich, dafs das reizende Agens in corpore über die Oberfläche weit verbreitet worden wäre.

2. In manchen Fällen zeigen sich die Reizeffekte nicht eher, als bis das Arzneimittel resorbiert worden ist, jedenfalls treten sie nicht sofort hervor.

3. Der Ausschlag kann in rein hämorrhagischer Form auftreten ohne entzündliche Erscheinungen (Janowsky).

4. Eine Intoxikation des Organismus an sich ist nicht eine unausbleibliche Begleiterscheinung.

Aus diesen Betrachtungen ziehe ich den Schlufs, dafs die circumscripten Ausschläge der Gruppe II durch eine spezifische Wirkung auf das periphere Nervensystem bei besonders empfänglichen Individuen hervorgerufen werden.

Ich glaube, man wird finden, dafs viele der durch Quecksilberpräparate, Arnica etc. erzeugten Ausschläge in diese Kategorie passen. Unna hat mir über zwei Fälle von Sublimatvergiftung nach Amputation der rechten Mamma, beide Male bei älteren Frauen, Mitteilung gemacht. Die Operationsfläche war mit Sublimatlösung desinficiert worden, und Sublimat-Lint und Gaze waren in beiden Fällen als Verband in Anwendung gekommen. Die ersten Symptome äufserten sich als intensives Jucken der Haut, und diffuse Rötung der betreffenden Teile. Dann entwickelte sich eine beträchtliche Dermatitis, unter deren Einflufs die Wunde nicht zur Heilung per primam intentionem gelangte, trotzdem der Sublimatverband am zweiten Tage schon entfernt wurde, und im Verlauf der nächsten paar Tage verbreitete sich ein diffuses Erythem über den ganzen Körper (indem es wie Wasser auf Löschpapier weiterkroch).

Des weiteren wurde leichtes Fieber, Übelkeit und allgemeine Unruhe beobachtet. Die entzündete Haut wurde in beiden Fällen mit Zinkgelatine behandelt, und für die Wunde selbst kam eine indifferente, offene Methode in Anwendung. In dem einen Falle blieb die Dermatitis auf der Mitte des Rumpfes stehen, bei dem anderen setzte sich dieselbe drei bis vier Wochen lang fort. Bei diesem letzteren änderte sich auch der Typus des Ausschlags, und die zerstreuten, urticariaartigen und erythematösen, juckenden Stellen, die sich an allen Teilen des Körpers fanden, legten die Vermutung nahe, dafs um diese Zeit auch eine Intoxikation des centralen Nervensystems eingetreten war.

In ähnlicher Weise sind auch mehrere Fälle von Arnikaausschlägen (irrigerweise oft als Erysipel bezeichnet) geschildert worden, bei denen die Affektion sich weit über die Grenzen des der Einwirkung des Mittels ursprünglich ausgesetzten Gebietes erstreckte. White hat in seiner Arbeit [1] speciell auf diese Fälle hingewiesen, jedoch glaubt er, dafs die Dermatitis sich nur an denjenigen Stellen, die mit der Arnika in Berührung kommen, entwickelt. Den folgenden Fall kann ich aber mit einer solchen Auffassung durchaus nicht in Einklang bringen:

Eine Dame, die eine auffällig empfindliche Haut hatte und nebenbei an Ekzema seborrhoicum litt, rieb ihres Gatten verstauchtes Knie mit einer Arnikalösung ein. Darauf wusch sie sich sofort die Hände. Nach wenigen Stunden empfand sie an den Händen, den Vorderarmen und im Gesicht ein lebhaftes Jucken; diese Teile waren dabei rot und geschwollen, und es entwickelte sich an ihnen in der Folge eine sehr heftige Dermatitis. Ich halte es entschieden für wahrscheinlich, dafs die Entzündung am Gesicht durch Berührung mit den Händen herbeigeführt wurde.

Gruppe III

umfafst zwei Unterabteilungen:

α. Die Ausschläge beginnen lokal als Folge einer lokalen Reizung, breiten sich bald weiter aus und in weiterer Entfernung entwickeln sich dann analoge Eruptionsgebiete, welche auch zusammenfliefsen können, so dafs sie mit dem ursprünglich entzündeten Gebiet einen mehr oder weniger allgemeinen Ausschlag bilden.

Treves' Fall ist aufsergewöhnlich belehrend. Eine Wunde am Vorderarm eines jungen Mädchens wurde mit Jodoform verbunden, und

---

[1] Dermatitis venenata. 1887. Vide auch unter anderen Bemerkungen bei Hebra, Tilbury Fox, Duhring, Davidson. (*Brit. Med. Journ.* 1879) auch den Bericht von Laissus (*L'Union méd.* Aug. 17. 1883) und von Cartier (*Lyon Médicale.* April 13. 1884).

drei Wochen hindurch sah man keine üblen Wirkungen. Alsdann, da die Wunde beinahe verheilt war, und die Menge des verwendeten Jodoforms verhältnismäfsig unbedeutend war, entwickelte sich eine Entzündung des gesamten Vorderarms bei deutlich febriler Reaktion. Trotzdem das Mittel gänzlich ausgesetzt wurde, traten Symptome einer Allgemeinvergiftung hinzu und zeigten sich in Form eines Ausschlags auf der linken oberen Extremität, von wo aus derselbe sich auch auf das Gesicht, den Hals und die Brust ausbreitete. Offenbar mufs in diesem Fall ein Zusammenhang zwischen dem Ausschlag und der Resorption des Medikamentes anerkannt werden.

Taylor berichtet folgendes: Er puderte einige Rupiageschwüre des linken Unterschenkels eines höchst kachektischen Mannes mit Jodoform ziemlich reichlich ein und verband darauf diese betreffende Extremität. Sofort entwickelte sich ein lokalisiertes Jucken, und am nächsten Tage hatte sich ein tiefrotes Erythem von dem Unter- nach dem Oberschenkel bei gleichzeitigen Symptomen einer Allgemeinerkrankung ausgebreitet. Ein scarlatiniformes Erythem zeigte sich am Halse, den Schultern, breitete sich rapide weiter aus, vereinigte sich mit dem aufsteigenden Erythem des Oberschenkels und bedeckte innerhalb 48 Stunden den ganzen Körper.

Janowsky streute auf einige weiche Schanker Jodoform. Es erfolgte zwei Tage lang fieberhafte Reaktion, und auf den Oberschenkeln, dem rechten Hypogastrium und der Leudengegend entwickelte sich ein Erythem, welches auf die linke Seite übergriff und dann die Vorderarme befiel. Ein ähnliches Verhalten wiederholte sich später noch einmal.

Wallich (Referat in den *Ann. de Dermat. et de syph.* 1888. pag. 170) hatte 4 Wochen lang einen Finger mit Jodoform verbunden. Alsdann entstand eine Dermatitis von circumscripter Ausdehnung; im weiteren Verlauf wurde auch die andere Hand davon befallen, und an dem Vorderarm, Oberarm, Thorax und Abdomen zeigte sich zugleich ein Ausschlag wie Rubeola.

β. Mehr oder weniger weit verbreitete oder ganz allgemeine Ausschläge, welche bald in der Nähe des mit dem betreffenden Arzneimittel behandelten Gebietes bald weit davon entfernt, an mehreren Stellen ohne lokale Erscheinungen auftreten.

Zeissl hatte ein Ulcus cruris bei einem 3jährigen Knaben 14 Tage lang mit Jodoform verbunden, als deutliche Erscheinungen einer centralen Intoxikation erfolgten mit einem scharf umgrenzten, erythematösen Ausschlag auf der Beugeseite des Oberarms beiderseits und auf der medialen Seite beider Oberschenkel mit eingestreuten Inseln normaler Haut. Dieselben Erscheinungen wurden nachher noch einmal konstatiert.

Janowsky legte einen Jodoformverband auf ein ulceriertes Gumma des linken Unterschenkels; nach 3 Tagen wurde ephemeres Fieber konstatiert nebst Dermatitis der linken Brustgegend, des Rückens und des linken Schulterblatts.

Bei Hoepfls Fall zeigte sich ebenfalls eine Intoxikation des Organismus im allgemeinen, aber bei Taylors 5. und 15. Fall und bei Janowskys 2. und 3. Fall (von Taylor citiert), fehlte dieselbe.

Herr Berkely Hill hat die Güte gehabt, mir mitzuteilen, dafs er bei Fällen, wo gröfsere Mengen von Jodoform resorbiert worden waren, gelegentlich ein fleckiges Erythem ohne subjektive Symptome über die Extremitäten verstreut hat auftreten und etwa 24—72 Stunden fortdauern sehen. Desgleichen hat er, wenn auch seltener, Gruppen von flachen Bläschen (je 2 bis 5 beisammen), welche langsam pustulös wurden, an den verschiedenen Extremitäten bei Jodoformintoxikation konstatiert. In beiden Fällen waren die Wunden oft trocken und glasig.

Diese Gruppen von Fällen habe ich zusammengereiht, weil sie durch die Reizung der mehr central gelegenen Nervenganglien zu entstehen scheinen. An der Stelle, wo das Medikament angewandt worden war, hatte sich oftmals eine Dermatitis, welche eine reflektorische Reizung ausgeübt haben könnte, garnicht entwickelt. Der Ausschlag trat oftmals gleichzeitig mit der Allgemeinerkrankung hervor, jedoch ist es nicht unbedingt nötig, dafs eine Einwirkung auf die Haut stets Hand in Hand mit der sonstigen Vergiftung einhergehen müsse. Bei der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle von Jodoformvergiftung kam eine Hautaffektion garnicht zum Vorschein, und auf der anderen Seite sieht man bei vielen Fällen von Dermatitis keine Anzeichen einer Einwirkung des Mittels auf Gehirn, Gastrointestinalkanal, Nieren u. s. w. Taylor macht besonders aufmerksam auf die fleckige Beschaffenheit des Ausschlags bei diesen Fällen und hebt ferner die Übereinstimmung in dem prompten Auftreten, der rapiden Ausbreitung und dem weiteren Verlauf dieser Dermatitis mit derjenigen, welche die interne Aufnahme von Medikamenten erzeugen kann, hervor. Dabei befällt der Ausschlag auch bedeckte Teile und Gebiete, welche ganz weit von der Anwendungsstelle entfernt sind, sogar unter Umständen, welche die Möglichkeit einer mechanischen, äufseren Ausbreitung des Reizmittels völlig ausschliefsen. Bolowski (*La Pratique Méd.* Novbr. 29. 1887) beobachtete das Auftreten von Vergiftungserscheinungen und die Entwickelung eines Hautausschlags nach der Einführung eines Suppositoriums mit nur 0,08 g des Mittels in den Uterus. Aufserdem ist über drei Ärzte berichtet,[1] welche so empfindlich waren,

[1] Ein Fall von Dr. Taylor. (l. c.)
Dr. Fürst, von Krevet (*Therap. Monatsh.* 1888. pag. 105) referiert.
Dr. Köster-Syke, von Taylor (l. c.) referiert.

dafs es bei ihnen genügte, das Mittel blofs zu riechen, um intensive Hautausschläge hervorzurufen. Im Falle von Dr. Fürst wurden nur die unbedeckten Teile affiziert, und boten wiederholt das Bild eines akuten, vesikulösen Ekzems dar. Der folgende Fall ist ein Beispiel der Erzeugung eines echten Ekzems (?) infolge von Quecksilber und Jodoform. Mein Kollege, Herr Davy, hatte eine ältliche Frau wegen incarcerierter Umbilikalhernie operiert und auf die Wunde ein wenig Jodoform, etwas Lint, das mit doppelcyansaurem Quecksilber imprägniert war, und darüber etwas Watte gelegt. Die Patientin zeigte nebenbei in der Ellenbeuge beiderseits je einen Flatschen von chronischem Ekzem. Unmittelbar nachher entwickelte sich über dem ganzen Abdomen eine sehr heftige, bullöse Dermatitis nebst einem über die ganzen Extremitäten und die übrigen Teile des Körpers verbreiteten Ausschlag von dicht gesäeten, kleinen Papeln und Bläschen (offenbar ein Ekzem).

Auffallend ist es, dafs, so weit ich wenigstens weifs, niemals nach der internen Darreichung von Jodoform oder nach der subkutanen Injektion desselben ein Ausschlag beobachtet worden ist, obgleich Köbner über einen solchen bei Chinin berichtet hat.

Die Litteratur der Quecksilberexantheme aller Art ist sehr umfangreich, doch will ich mich mit der Ausführung des folgenden, mir von Herrn Marcus Beck mitgeteilten Falles begnügen. Er hatte eine Fistel bei einem sehr alten Falle von Coxitis geöffnet, um ausgiebige Drainage zu erzielen. Die Höhlung wurde mit Sublimat ausgespült, worauf sofort ein allgemeiner, juckender, erythematös-papulöser Ausschlag sich auf Beinen, Armen u. s. w. zeigte. Die Anwendung der Lösung wurde sofort sistiert; aber bei der Wiederaufnahme derselben war dieselbe Reihenfolge von Störungen zu konstatieren.

Was Belladonna betrifft, so hat man beobachtet, dafs ein allgemeiner, erythematöser Ausschlag ähnlich dem durch das Einnehmen des Mittels bedingten nach der Einträufelung von Atropin ins Auge entstehen kann, desgleichen nach dem Auflegen eines Belladonnapflasters auf die Haut, und dafs das Gleiche, wie man mir versichert, nach dem Einreiben des Colycerinum Belladonnae auf die Brüste gelegentlich hervortritt.[1]

In wie weit die Heilung der Psoriasis auf der sekundären Reizung der Nervenganglien nach der Resorption des Chrysarobins beruht, kann ich jetzt wegen Mangels an Zeit nicht mehr diskutieren.

---

[1] Ich habe kürzlich an einer Patientin von Dr. Herbert Spencer ein frappantes Beispiel dieser Art gesehen, bei welchem auf die 24stündige Anwendung von Glycerinum Belladonnae auf das Abdomen der Frau ein typischer, hochgradiger, allgemeiner, scarlatiniformer Ausschlag erfolgte. Anzeichen einer allgemeinen Intoxikation fehlten.

Der Schluſs, den ich aus diesen Untersuchungen ziehe, ist also der, daſs auſser ihrer einfach lokalen Wirkung (wie bei Senfsamen) diese Mittel nach eingetretener Resorption einen Ausschlag dadurch hervorrufen können, daſs sie erstens die lokalen und peripheren Ganglien, zu anderen Zeiten die mehr central gelegenen reizen. In letzterer Hinsicht müssen die durch dieselben erzeugten Ausschläge in Parallele gestellt werden mit den durch die interne Aufnahme der Medikamente bedingten.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI in Nieheim.)

X. Internationaler medizinischer Kongreſs zu Berlin 1890.

XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Über die Excision des Schankers bei der Abortivbehandlung der Syphilis.

Von

Prof. H. LELOIR

in Lille.

Kann man den Schanker vollständig vernichten? Ganz gewiſs. Diese Thatsache ist bereits lange bekannt. LOUIS PETIT erzählt, daſs, als er im Jahre 1693 im Hospital zu Lille war, sein Lehrer CORBIS ihm sagte, daſs er bei einem frischen Schanker des Präputiums das ganze Ende desselben abschnitt und dadurch den Kranken davor bewahrte, eine groſse Kur durchzumachen, da das Gift die Blutmasse noch nicht infiziert hatte. Diese Methode ist also schon lange in Frankreich und insbesondere in Lille angewendet worden.

Nach BENJAMIN BELL, HUNTER, RICORD, AUSPITZ, UNNA, PICK u. a. ist diese Excision sehr oft gemacht worden. Ich habe selbst viele Schanker ausgeschnitten und ausschneiden sehen, ohne daſs derselbe in den meisten Fällen wieder erschien. In meinen Vorlesungen über Syphilis 1884 habe ich gesagt, daſs ich den Arzt für berechtigt hielte, den Primäraffekt zu entfernen, wenn er sich unter folgenden Bedingungen befände: 1. Schanker im Beginne, 2. Schanker in einer solchen Region, daſs die Excision leicht und ohne irgend eine Gefahr (kleine Schamlippen, Prä-

putium) gemacht werden könnte, 3. Schanker noch ohne Drüsenschwellung, 4. einzelner Schanker, oder wenn mehrere, solche die leicht entfernt werden können, 5. Patient ohne Diabetes, Albuminurie etc. Ich habe hinreichend excidiert oder excidieren sehen, um nicht die Komplikationen zu fürchten, welche von den Autoren, die die Excision des Schankers nicht gestatten, angegeben werden. Cornil, Auspitz, Unna u. a. sind derselben Ansicht. Die Wunde heilt in einigen Tagen, die Reinduration und das Wiedererscheinen des Primäraffektes in der Operationswunde sind selten, wenn die Operation nach den eben angegebenen Regeln ausgeführt wird. Die Narbe ist äufserst klein. Die Behandlung mit Excision ist also in gewissen Fällen berechtigt und vielleicht vermeidet man auf diese Weise verschiedene Komplikationen des Primäraffektes. Jedenfalls befreit man den Patienten von einer immerhin lästigen Affektion und vermindert unbestreitbar die Chancen der Ausbreitung der Syphilis in der Primärperiode.

Aber, werden Sie sagen, koupieren Sie auch die Syphilis, indem Sie den Schanker entfernen? Hier, meine Herren, bin ich in um so gröfserer Verlegenheit, als ich 1881 eine Arbeit über die Entfernung des Schankers als Abortivbehandlung der Syphilis veröffentlicht habe, in welcher ich aus theoretischen und anderen Gründen diese Entfernung für unnütz hielt. Ich komme auf diese Diskussion nicht wieder zurück, die Frage kann nur durch Prüfung zahlreicher Thatsachen gelöst werden. Übrigens habe ich in meinen Vorlesungen über Syphilis 1884 diese Frage von neuem geprüft, und man kann daraus ersehen, dafs ich wenigstens in theoretischer Hinsicht und etwas auch in praktischer Hinsicht meine Meinung von 1881 geändert habe. Seit der Zeit befolge ich die von mir angegebenen Grundsätze, ohne mich in dieser Hinsicht irgend welchen Illusionen hinzugeben und indem ich besonders darauf achte, meinen Patienten in einigen Worten auseinanderzusetzen, was ich von dem wahrscheinlichen Resultate der Operation denke.

Ich habe so Gelegenheit gehabt, von neuem drei Primäraffekte auszuschneiden. Von den ersten beiden spreche ich nicht weiter. Sie waren 8 Tage alt, begleitet von Drüsenschwellung, und wenn ich sie ausschnitt, ohne Hoffnung übrigens, den Verlauf der Syphilis aufzuhalten, so geschah es nur, weil sie am freien Rande des Präputiums safsen. Das Resultat war, wie ich es erwartet hatte. Ungefähr 6 Wochen nach der Excision des Schankers wurden meine beiden Patienten von dem Hautausschlag befallen. Mein dritter Fall ist besonders interessant und fast mit demjenigen identisch, über welchen ich 1884 auf dem internationalen Kongresse zu Kopenhagen referiert habe. Auch in diesem Falle handelt es sich um einen jungen Mann, der sehr intelligent und für seine Person sehr besorgt ist. Ich behandelte ihn seit einiger Zeit wegen einer ge-

wöhnlichen Hautkrankheit. Eines schönen Tages kam er ganz erschreckt zu mir, um mir mitzuteilen, dafs er vor etwa 10 Tagen Umgang mit einem öffentlichen Mädchen gehabt hat, welches, wie ihm gesagt wurde, angesteckt gewesen wäre und sich in meiner Abteilung für Syphiliskranke in Behandlung befände. Am folgenden Tage untersuchte ich das betreffende Mädchen genau und fand an der inneren Seite der grofsen Lippen vier papulöse, erosive Schanker mit klassischer Drüsenschwellung. 10 Tage nachher zeigte sie Roseolen und Plaques auf den Schleimhäuten. Den zweitfolgenden Tag suchte mich der junge Mann wieder auf und ich teilte ihm die verhängnisvolle Neuigkeit mit, indem ich ihm riet, mehrere Male den Tag über das Glied mit einer Lupe zu untersuchen und sogleich wieder zu mir zu kommen, sobald er nur die geringste verdächtige Veränderung bemerke. Der junge Mann befolgte meine Ratschläge sehr peinlich, sogar zu peinlich, denn er verbrachte einen grofsen Teil des Tages damit, sein Glied mit der Lupe zu untersuchen. 4 Tage nachher, d. h. 19 Tage nach dem verdächtigen Koitus kam er, um mir eine kleine Papel, grofs wie eine sehr kleine Linse, sehr leicht im Centrum erodiert und ohne deutliche Zeichen von Induration, zu zeigen. Diese kleine Papel, welche an dem freien Rande des Präputiums safs, war nicht von einer merklichen Drüsenschwellung begleitet, aber sie bot auch nicht das für Herpes charakteristische Symptom dar, dafs Saft ausgedrückt werden konnte, ein für die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Herpes wichtiges Symptom. Der junge Mann hatte diese Affektion an demselben Morgen desselben Tages, an welchem er mich konsultierte, bemerkt. Ich zögerte nicht, sogleich ein grofses Stück von dem freien Rande des Präputiums zu excidieren und darauf die Wunde energisch mit dem Thermokauter zu kauterisieren. Der junge Mann war hoch erfreut, und obgleich er das betreffende Kapitel in meinen Vorlesungen über Syphilis über die Excision des Primäraffektes gelesen hatte, war er voller Hoffnung.

9 Tage nach der Excision des Primäraffektes wurde die Wunde induriert, und ich sah einen harten Schanker sich entwickeln, der so grofs wie ein 1 Centimestück und von knotiger Induration war. Dieser Schanker war einzig und allein von dem Syphilom gebildet, denn es war an seiner Oberfläche weder Erosion noch Ulceration. Die Wunde war also vollständig vernarbt. 6 Wochen nach dem Auftreten des Schankers, folglich 6 Wochen nach der Excision, wurde Herr X. von vereinzelten Roseolen befallen und zeigte opale Papeln auf den Mandeln, leichte Drüsenschwellung am Halse und leichte Alopecie. Ich unterwarf ihn einer Schmierkur, und alle Erscheinungen schwanden schnell. Dieser Fall ist also dem von mir in Kopenhagen referierten fast vollständig gleich: Ein harter Schanker wird gleich beim Entstehen ausgeschnitten und zwar so

gründlich als möglich, und trotzdem treten die Sekundärerscheinungen zur typischen Zeit auf. Auch dieses Mal war die Entfernung des von dem syphilitischen Gifte infizierten Gewebes ungenügend gewesen, und der Beweis dafür liegt auch darin, dafs ich bei der histologischen Untersuchung der entfernten Papel weit über die klinisch krank erscheinende Region hinaus die Anwesenheit von Rundzellen konstatieren konnte, welche sich bis zum Rande der Präparate ausbreiteten und welche ich als die Verlängerungen, die Wurzeln des Primäraffektes betrachtete.

Was soll man hieraus schliefsen? Ich schliefse ganz einfach, wie ich es in meinen Vorlesungen über Syphilis gethan habe, dafs die Ausschneidung ungenügend gewesen ist, denn ich kann nicht zugeben, wie ich es lange Zeit glaubte, dafs der Schanker ein Lokalsymptom einer Allgemeinerkrankung sei, gleichsam die erste der Sekundärerscheinungen, wie Ricord meint.

Was den Beweis dafür liefern würde, dafs es mitunter möglich ist, den Primäraffekt vollständig zu beseitigen, das sind die Beobachtungen von Auspitz, Unna, Langenbuch, Rydiger, Kölliker, Pick, Pospelow, Spillmann, de Amici, sowie von mir die beiden Beobachtungen, welche ich in meiner Vorlesung über Syphilis mitgeteilt habe. Die beiden Fälle sind folgende:

Am 2. Dezember 1884 wurde ich von einem 22jährigen Manne konsultiert, welcher nie Syphilis gehabt hatte, immer gesund war und welcher 24 Tage nach einem verdächtigen Koitus mit einer Frau, welche sicherlich syphilitisch war (denn kurze Zeit nachher trat sie in meine Abteilung für Syphiliskranke ein, mit erodierten Papeln an der Vulva, die Syphilis schien 1 Jahr alt zu sein), an dem freien Rande des Präputiums einen kleinen Knoten auftreten sah. Der Patient machte in dieser Hinsicht sehr genaue Angaben, er hatte seit dem letzten Koitus keine Frau besucht, und zwar aus dem Grunde, weil er wegen Grippe 14 Tage lang das Bett hüten mufste. Der Knoten, welchen er mir am 2. Dezember zeigte, war nach ihm vor 5 Tagen aufgetreten. Als ich ihn sah, zeigte er alle Charaktere eines kleinen Schankers, grofs wie eine Linse, rund, ein wenig erhaben, erodiert, rot, glatt, glänzend wie Firnis. Die vollständig schmerzlose Erosion safs auf einer deutlich pergamentartig anzufühlenden Basis. Es liefs sich kein Saft ausdrücken, übrigens bot diese Affektion keine Charaktere von Herpes dar. Sonst keine Haut- noch Schleimhautaffektion. Drüsenschwellung sehr leichten Grades in den Leisten; aber der ein wenig lymphatische Patient sagte, dafs er immer Drüsen in den Leistengegenden gehabt hätte. Ich schlug ihm das Ausschneiden des Schankers vor, er nahm es bereitwilligst an. Ich excidierte in weitem Umfange und verband die Wunde mit Karbolgaze. Einige Tage später vollständige Vernarbung und vollständiges Fehlen von Reinduration im

Gebiete der Wunde. Keine Drüsenschwellung. Ich habe das Ausgeschnittene untersucht: Epitheliale Erosion, welche sich bis zu den mittleren Lagen des Strat. spin. erstreckt, da die darüber liegenden Schichten abgefallen sind. Die oberflächlichen Lagen des Strat. spin. zeigen einen ziemlich fortgeschrittenen Grad von der Degeneration der Kernhöhle. Infiltration der Cutis durch eine grofse Menge von Rundzellen, welche stellenweise die Bindegewebsfasern auseinanderdrängen. (Die Infiltration fand sich nur in der Mitte der Cutis.) Einige Arteriolen und kleine Venen zeigten eine leichte Verdickung ihrer Wandungen. Anschwellung und Hypertrophie einer ziemlich grofsen Zahl von fixen Bindegewebszellen. In einigen Gefäfsen findet sich ein leichtes fibrinöses Gerinnsel, welches mit abgestofsenen Endothelzellen und Lymphzellen zusammen das Gefäfslumen zum Teil verlegen. Untersuchung auf Syphilisbacillen nach Lustgarten und Doutrelepont wurde nicht angestellt, da das exstirpierte Hautstück sofort in Müller gelegt worden war. Jedenfalls zeigen diese histologischen Daten eine grofse Analogie, um nicht zu sagen Identität, mit denjenigen bei dem primären Syphilom, bei dem Schanker; sie erinnern keinesfalls an diejenigen von Herpes.

Wenn man also die klinischen und histologischen Charaktere der Läsion, ihre Entwickelung, ihr erstes Erscheinen (ungefähr 24 Tage Inkubation), die Konfrontation etc. berücksichtigt, welche Diagnose wird dann jeder erfahrene und vorurteilsfreie Syphilidologe stellen? Sicherlich auf harten Schanker. Ich habe nun diesen jungen Mann bis zum 25. März 1885 beobachtet, er suchte mich zweimal die Woche auf und ich untersuchte ihn vom Kopf bis zu den Füfsen und ich habe nichts gesehen, nichts Verdächtiges gefunden, weder von seiten der Haut, noch von seiten der Schleimhäute, noch sonst irgendwo. Ich kann aufserdem versichern, dafs dieser junge Mann keine Behandlung durchgemacht hat. Es ist also, während dieser Periode von fast 4 Monaten trotz einer minutiösen Beobachtung, welche ich zweimal jede Woche und der junge Mann, den ich dazu angewiesen hatte, jeden Tag vornahm, nichts Verdächtiges aufgetreten, es ist keine syphilitische Erscheinung bemerkt worden. Ist hier die Syphilis total oder nur partiell beseitigt worden? Wird sie sich später zeigen? Vielleicht, aber . . . aber trotzdem hat diese Thatsache mich in Erstaunen versetzt. (Ich habe diesen jungen Mann mehrere Male in den Jahren 85, 86, 87, 88 wiedergesehen, ohne auch nur das geringste Zeichen von Syphilis entdecken zu können.)

Ich lasse hier einen Brief folgen, den mir 1886 Dr. Lenzer (aus Liège), Chirurg am englischen Hospital, schrieb:

Lieber Kollege!

Ich lese mit Aufmerksamkeit Ihre schönen Vorlesungen über Syphilis, welche in dem *Progrès médical* veröffentlicht werden, und heute fiel mir

besonders der Abschnitt auf, welcher von der Excision des harten Schankers als Behandlung der Syphilis handelt. Diesbezüglich kann ich Ihnen in wenigen Worten eine Beobachtung mitteilen, welche mir wert scheint, citiert zu werden. November 1884 habe ich mit dem Thermokauter gründlich einen harten Schanker an dem Präputium eines jungen Mannes entfernt, welcher bei seinem ersten Koitus sich infiziert hatte. Das Mädchen, bei welchem er sich angesteckt hatte, ist einen Monat später ins Hospital gekommen mit schön ausgebildeten sekundären Symptomen. Ich habe den jungen Mann mehrere Male wieder gesehen und niemals weder auf den Schleimhäuten, noch auf der Haut, noch anderswo irgend etwas Verdächtiges gefunden. Der excidierte Schanker hatte alle Charaktere des harten Schankers. Er war ungefähr 2 Wochen alt.

Genehmigen Sie u. s. w.

Liège, 18. Mai 1886. Dr. Lenzer.

Aber — werden noch diejenigen einwerfen, welche nichts von der Entfernung des Schankers hören wollen — Sie haben in diesen Fällen keinen echten harten Schanker excidiert. Auf diese Art der Diskussion gehe ich nicht ein. Wenn der harte Schanker als solcher von einem erfahrenen Syphilidologen diagnostiziert worden ist, wenn Konfrontation stattgefunden hat, so ist es sehr schwierig anzunehmen, dafs es sich nicht um einen harten Schanker gehandelt hat. Ich will nicht sagen in allen glücklich verlaufenen Fällen, denn ich will diagnostische Irrtümer und die schankerähnlichen Syphilome[1] berücksichtigen, aber doch wenigstens in einer kleinen Zahl von glücklichen Fällen.

Diese glücklich verlaufenen, positiven Fälle, welche wirklich vorzukommen scheinen, wie sind sie zu erklären?

Mufs man zugeben, dafs in diesen Fällen die Syphilis in der Primärperiode koupiert worden ist, wie es Lanceraux gesagt hat auf dem internationalen Kongrefs zu Paris 1889, bei Gelegenheit eines Falles, wo die Affektion alle Charaktere eines harten Schankers gezeigt hatte und wo selbst nach einem Jahre keine Sekundärerscheinungen aufgetreten waren? Diesen Fall haben Dubois-Havenith und ich auf dem Kongrefs in der Diskussion mitgeteilt, welche ich eingeleitet hatte, indem ich sagte, dafs ich mich im allgemeinen weigerte, die Syphilis vor Erscheinen der Sekundärsymptome zu behandeln.

Oder mufs man zugeben, dafs in den sehr seltenen, glücklich verlaufenen Fällen, welche man angeführt hat, die Excision sich darauf beschränkte (sit venia verbo) offene Thüren einzustofsen, oder besser dafs das Gift vor dieser Excision die Allgemeininfektion nicht herbeigeführt hätte?

Ich weifs darüber nichts. Aber wenn ich meine Meinung darüber auszusprechen wagte, so würde ich mit meinem Freunde Diday sagen,

wenn es uns nicht gelingt, so ist eben die Excision ungenügend gewesen. Unglücklicherweise scheint diese Excision sehr häufig, um nicht zu sagen immer, ungenügend gewesen zu sein. Das Virus ist schon weitergeschritten, bis wie weit? Ich weifs es nicht, aber gewifs über die Grenze der Excisionswunde.

Schliefslich glaube ich, meine Herren, dafs wir neue Thatsachen abwarten müssen. Und unterdessen lassen Sie uns excidieren, aber nur unter den oben angegebenen Bedingungen! Schneiden wir nur dann aus, wenn der Patient es will und nachdem wir ihm den Stand der Frage auseinandergesetzt haben!

(Übersetzt von Dr. L. PHILIPPSON in Hamburg.)

X. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Berlin 1890.

XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Anfang, Dauer und Methode der Syphilisbehandlung.

Von

Prof. H. LELOIR
in Lille.

Im Folgenden gebe ich Ihnen kurz meine therapeutische Methode an, die ich jetzt für gewöhnlich in der Syphilisbehandlung anwende.

Ich verordne das Quecksilber erst nach Auftreten der Sekundärerscheinungen, indem ich bis dahin nur das Primärgeschwür lokal mit Quecksilberpräparaten sehr sorgfältiger Behandlung unterziehe. Je nach der Intensität der aufgetretenen Erscheinungen verordne ich dem Kranken tägliche Einreibungen (variierend zwischen 2 und 4 Gramm) 2—3 Wochen lang, und setze diese Behandlung während der ersten 10 Monate fort.

Während dieser Behandlungsperioden und in deren Zwischenzeiten trage ich Sorge für lokale Behandlung mit Quecksilberpräparaten: Queck-

[1] S. in meinen Vorlesungen über Syphilis das die schankerähnlichen Syphilome betreffende Kapitel, die von meinem Schüler DECLERQ (Lille 1886) abgefafste These und die Mitteilung, welche ich auf dem internationalen Dermatologenkongresse zu Paris 1889 über die lokalen Recidive des syphilitischen Virus gemacht habe.

silberpflaster für die Hautsyphilide, Hg-Salben, -Lösungen oder -Waschungen für Schleimhautsyphilide. Bei gewissen Formen von rebellischen Hautsyphiliden verordne ich allgemeine Bäder mit circa 7 Gramm Sublimat.

Es ist wohl überflüssig zu sagen, dafs ich vor allem achte auf die Hygiene des Mundes, Sauberkeit und Hygiene auch im allgemeinen, und dafs ich meine Patienten so viel als möglich zu kräftigen suche. In vielen Fällen empfehle ich auch, wenn es die Patienten durchführen können, einen Aufenthalt auf dem Lande oder an der See.

Nach Verlauf von 6—10 Monaten lasse ich die Einreibungen nur noch 10 Tage lang machen und bewillige dann dem Kranken eine Ruhepause von 3—6 Wochen, ja selbst, je nach dem Fall, 2 Monate. Auf diese Weise fahre ich fort bis zum Ende des ersten und zweiten Jahres des Bestehens der Syphilis.

Auch verordne ich dem Kranken schweifstreibende Mittel, einige Abführmittel, um — verzeihen Sie den Ausdruck — das Quecksilber cirkulieren zu lassen und seine Anhäufung zu vermeiden. In einigen Ausnahmefällen, wenn der Kranke von fortwährenden Kopf- und Knochenschmerzen heimgesucht wird, welche einer Quecksilberbehandlung spotten, verschreibe ich auch momentan 2—3 Gramm Jodkalium, dem ich für gewöhnlich $^1/_2$—1 Gramm Bromkalium zufüge.

Nach Ablauf des zweiten Jahres variiert meine Behandlung sehr, je nach der Schwere der Fälle. Wenn der Patient eine gewisse Zeit lang vollkommen frei von syphilitischen Erscheinungen gewesen ist, beschränke ich mich darauf, ihm alle 3 Monate 10 Tage lang Einreibungen von 2 bis 3 Gramm, und alle 3 Monate einige Wochen nach den Einreibungen 2—3 Gramm Jodkalium vorzuschreiben. Das letztere lasse ich für gewöhnlich nach der Mahlzeit oder abends in einem Bissen zur Milch nehmen.

Ich habe wohl nicht notwendig zu sagen, dafs ich im Falle des Vorhandenseins von syphilitischen Erscheinungen zu einer Behandlung zurückgreife, deren Stärke und Dauer von den jeweiligen syphilitischen Symptomen abhängt.

Wenn nach Ablauf des dritten oder vierten Jahres mein Patient länger als ein Jahr frei von syphilitischen Erscheinungen gewesen ist, beschränke ich mich darauf, ihn der Vorsicht wegen 2 mal im Jahre (im Frühling und im Herbste) 10 Tage lang Quecksilbereinreibungen machen und ihn 1 Monat nach jeder dieser Quecksilberkuren 2 Gramm Jodkalium 3 Wochen lang nehmen zu lassen.

Wenn der Kranke nach Ablauf des vierten Jahres nochmals zu mir kommt, kann ich ihm, obwohl er seit langer Zeit frei von syphilitischen

Symptomen war, vorsichtshalber nur raten, diese Behandlung auch ferner zu befolgen, aber ich empfehle ihm unter allen Umständen, bei dem geringsten verdächtigen Zeichen einen Spezialisten zu Rate zu ziehen.

Die Quecksilber- und Jodtherapie, wie sie allgemein angewendet wird, vermeide ich so viel als möglich, da ich ihre Wirkung fürchte. Als Resultat dieses therapeutischen Mifsbrauchs habe ich öfters eine Alteration des gesamten Organismus beobachtet, welche schwere neurasthenische Erscheinungen im Gefolge hatte. Ich selbst habe mehrere Male gesehen, wie diese neurasthenischen Erscheinungen, welche Magendilatation im Gefolge hatten, für cerebrale oder cerebro-spinale Symptome gehalten wurden und die übertriebene Merkurial- und Jodtherapie die neurasthenischen Erscheinungen nur vermehrten.

Ich habe mir in diesem Momente im Geiste mehrere Beobachtungen, welche folgendermafsen resumiert werden können, vorgestellt: Der Kranke hat sich mit Syphilis infiziert. Er konsultiert einen Spezialarzt, welcher ihn behandelt, und zwar gut behandelt. Bekümmernis über seine Ausschweifungen, schlechte Hygiene, das Übermafs von Quecksilber- und Jodpräparaten erwecken bei dem Kranken eine Reihe neurasthenischer Erscheinungen, welche den behandelnden Arzt durch Kopfschmerzen, Schwindel, Charakterschwankungen, Gedächtnisstörungen täuschen und ihn die Diagnose auf cerebrale Syphilis stellen lassen.

Wenn die Diagnose auf cerebrale Syphilis einmal gestellt ist, ist alles Weitere sehr einfach; die frühere spezifische Behandlung war einfach nicht ausreichend, sie mufs also wiederholt werden. Trotz der mit erneuter Intensität eingeleiteten spezifischen Behandlung gelangen die cerebralen Erscheinungen nicht zum Schwinden, im Gegenteil, sie nehmen zu. Der Kranke geht wieder zum Arzte, derselbe verdoppelt die Dosen, und so sieht man die neurasthenischen Erscheinungen sich mehren durch eine übertriebene und unangebrachte spezifische Behandlung. Eine Nervenkrankheit ist hier direkt erzeugt durch den Mifsbrauch des Quecksilbers, auf Grund eines diagnostischen Fehlers, aus Mangel an Beachtung allgemeiner hygienischer Regeln.

Ich bitte die Herren Zuhörer um Entschuldigung, wenn ich mich allzulange aufgehalten habe bei den Gefahren, welche aus dem Mifsbrauche einer spezifischen Behandlung hervorgehen und bei der Differentialdiagnose zwischen Hirnsyphilis und Neurasthenie. Ich glaube mich um so mehr dazu veranlafst, als ich selbst mehr als einmal in diesen Irrtum verfallen war. Allein ich habe seitdem meinen Fehler in mehreren Fällen wieder gut gemacht dadurch, dafs ich die neurasthenischen Symptome zum Schwinden brachte bei Kranken, bei denen ich wider ihren Willen die spezifische Behandlung unterbrach, welche ihnen wegen angeblicher Hirnsyphilis verordnet worden war.

Das, meine Herren, sind meine Prinzipien bei der Syphilisbehandlung!

Ich komme nun zum Schlufs, indem ich noch anführe, dafs ich Quecksilberpräparate innerlich nur dann verordne, wenn ich es nicht umgehen kann; denn wie JULLIEN in diesem Jahre schon gezeigt hat, sind sie durch die Verdauungsstörungen, welche sie hervorrufen, eine viel häufigere Ursache der Neurasthenie als die Einreibungen. Ich wende sie bei solchen Personen an, welche gegen die Einreibungen aus verschiedenen Gründen einen Widerwillen haben, oder bei solchen Personen, welche die Darreichung des Merkurs nicht merken sollen (infizierten, verheirateten Frauen), oder bei solchen, deren Haut zu reizbar ist, sodafs sie Einreibungen nicht verträgt (im allgemeinen kann man diese Störung der Behandlung vermeiden, wenn man eine Salbe anwendet, welche frisch bereitet wird aus frischem Adeps benzoatus, und wenn man 12 Stunden nach der Einreibung die Haut wieder reinigen, abwaschen und pudern läfst), oder bei solchen, welche die Behandlung absolut verheimlichen müssen, und bei gewissen reisenden Handlungsgehilfen, welche sich einer Schmierkur nicht unterziehen wollen.

Was nun die subkutanen Injektionen mit löslichen und unlöslichen Salzen betrifft, so mache ich nur eine beschränkte Anwendung davon, und zwar in der Hospitalspraxis und hauptsächlich bei den Prostituierten, weil die letzteren Neigung verraten, die ihnen verordneten Medikamente nicht zu nehmen.

(Übersetzt von P. TAENZER in Leipzig.)

Versammlungen.

X. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Berlin.

Vom 4. bis 9. August 1890.

XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

(Fortsetzung.)

Thema IV.

Vorsitzender: Herr KAPOSI.

Behandlung der Syphilis. (Herr KÖBNER.)

I. Resultate: a. der Excision; b. der präventiven allgemeinen Behandlung.

II. Beginn, Dauer (chronisch intermittierende oder temporäre), und Methoden der Therapie der konstitutionellen Syphilis.

(Referenten: die Herren OEDMANSSON, NEUMANN, DIDAY, SCARENZIO.)

Es beginnt Herr NEUMANN: Seine Grundsätze für die Behandlung der Syphilis sind folgende:

1. Syphilis kann ohne intermittierende Behandlung geheilt werden, wie zahlreiche nach einmaliger Kur zweifellos geheilte Fälle beweisen.

2. Eine länger fortgesetzte Behandlung hat trotzdem ihre Berechtigung, da die Heilung innerhalb zweier Jahre nur ausnahmsweise erfolgt.

3. Die Befürchtung, dafs der Organismus durch den wiederholt internen Gebrauch von Hg leidet, teilt er bei richtiger Individualisierung nicht.

4. Eine einzige allein heilende Behandlungsweise gibt es nicht. Bald gelingt es präventiv, bald symptomatisch, bald intermittierend, die Krankheit für immer zu heilen. **Jedenfalls ist die Syphilis eine heilbare Krankheit.**

Herr Köbner läfst darauf das Referat von Herrn Oedmansson, der am Erscheinen verhindert ist, vorlesen.

Dieser hat keine günstigen Erfolge der Excision, da von 44 Fällen nur einer von sekundären Erscheinungen frei geblieben ist. Dennoch hält er die Excision für angezeigt, weil eine Milderung der Krankheit sich denken läfst; aufserdem werde die Infektionsgefahr für andere geringer, da erfahrungsgemäfs viele Männer mit Sklerose den Coitus ausüben.

Herr Köbner erklärt sich im Gegensatz zu seiner 1864 geäufserten Ansicht für die Excision bei noch günstigem Termine. Bei seinen vielfachen Excisionen ist es ihm bei einer Minderzahl gelungen, jede Spur von konstitutioneller Syphilis hintenanzuhalten. Was die Drüsenexstirpation betrifft, so ist diese nur bei oberflächlichem Ergriffensein zu raten; bei tieferen Drüsenschwellungen ist sie kontraindiciert. Die Fälle, bei denen trotz der Excision die Syphilis zum Ausbruch kam, hatten verschiedenen Verlauf, mitunter jedoch einen durchaus schweren.

Die Präventivkur verzögert den Ausbruch der Syphilis um wenige Wochen bis zu 5 Monaten. Er empfiehlt sie nur bei schwer heilbaren Sklerosen und wo Kontagion zu befürchten sei.

In betreff der intermittierenden Behandlung steht er auf dem Standpunkte, dafs eine einmalige gründliche Behandlung vollständig zur Heilung ausreichend sei. Die Methode Fourniers (das häufige Merkurialisieren) sei durchaus schädlich, speziell für das Nervensystem, was ihm aufser seinen eigenen Erfahrungen viele Neurologen versichert hätten.

Herr Leloir: **Über die Excision des Schankers.** (Abgedruckt in extenso auf pag. 256 des vorliegenden Heftes.)

Herr Jullien, Chirurgien de St. Lazare, Paris: **Allgemeine Präventivbehandlung der Syphilis.** Autoreferat.

Ich glaube an die Möglichkeit, die Syphilis in ihrem Laufe aufzuhalten oder abzuschwächen und zwar im Stadium der Sklerose. Die Mittel, um zu diesem Ziele zu gelangen, sind verschieden, ebenso wie die Indikationen dazu.

1. Excision: Ich bringe dieselbe jedesmal zur Ausführung, wo es möglich ist, das will sagen, wo sie ohne zu grofsen Substanzverlust durchzuführen oder wo ein solcher nicht schwer zu decken ist, und zwar noch bevor die Imprägnation des Drüsengewebes stattgefunden hat. Wenn die Operation nach den Regeln der Chirurgie und Antiseptik streng durchgeführt wird, bietet sie keine Unannehmlichkeiten.

Einer meiner Kranken, der am 27. Oktbt. 1880 operiert worden war, hat bis zum 16. Febr. 1884 gelebt (wo er am Typhus starb), war verheiratet seit 1883 und Vater zweier bis jetzt gesunder Kinder. Ein anderer wurde am 28. Januar 1881 circumcidiert und blieb frei von Syphilis bis auf den heutigen Tag. Ich beobachtete ihn selbst 397 Tage lang, wurde die letzte Zeit von seinem Befinden unterrichtet und erfuhr, dafs er verheiratet und glücklicher Vater war.

Endlich war ich der erste, welcher auf dem Kongreſs von Kopenhagen einen Fall von Reinfektion veröffentlichte. Bei diesem Kranken war die Excision des Primärgeschwürs am 28. Januar 1887 vollzogen worden, und 17 Monate später zog sich derselbe von neuem eine syphilitische Infektion zu.

2. Hydrargyradenie. Ich bediene mich dieses Wortes, um damit die merkurielle Imprägnation der Lymphdrüsen auszudrücken. Ich bin oft erstaunt gewesen, daſs nach ganz antiseptischen Kalomelinjektionen die Leistendrüsen anschwollen; ich habe deshalb geglaubt, es sei von Vorteil, das Heilmittel auf demselben Wege eindringen zu lassen, welchen das Gift gewandert war, wenn es möglich ist, sogar noch vorher. Wo nun die Excision undurchfürbar ist, resp. von dem Kranken zurückgewiesen wird, mache ich jetzt eine oder zwei Injektionen nach Scarenzio-Smirnoff an den gewöhnlichen Stellen. Dieser Methode verdanke ich zwei vollkommene Erfolge, einen bei einer jungen Frau, welche im ersten Monat ihrer Ehe infiziert wurde; sie erhielt die Kalomelinjektion am 17. Mai 1888. Der andere Fall betraf einen jungen Kollegen, bei dem ich die Injektion am 7. Juni vornahm. Ohne Zweifel finde ich zur Unterdrückung der Krankheit noch andere Vertrauen erweckende Mittel, aber die Hydrargyradenie ist eine in diesem Punkte so vorzügliche, gefahrlose und — seitdem wir die Abscefsbildung vermeiden können — von jeder auch noch so kleinen Unannehmlichkeit freie Methode, daſs ich dieselbe anzuempfehlen niemals Anstand nehmen werde.

3. Gewöhnliche Frühbehandlung. Im Jahre 1887 ordnete ich angesichts eines typischen zweifellosen Primärgeschwüres, welches auch Diday, dem ich es zeigte, für einen syphilitischen Schanker ansprach, die innerliche Behandlung mit Protojoduretpillen und Jodkalium an. Mein Patient blieb ohne Erscheinungen bis zum 140. Tage, wo er wegblieb, da er sich als nicht mehr krank betrachtete. Wenn ich diese Thatsache mit den vorher angeführten vergleiche, so finde ich in derselben ein Argument, welches ebenfalls für die von mir aufgestellte These spricht: **Es existiert die Möglichkeit, die Syphilis in ihrem Verlaufe abzuschwächen oder zu unterbrechen und zwar zur Zeit der Sklerose.**

Deshalb bin ich Anhänger der Behandlung, welche ich früher „die Behandlung ab initio“ genannt habe, im Gegensatze zu derjenigen „a secundariis.“ Meine Methode ist nicht unfehlbar, ich gestehe es selbst ein, allein angesichts der drohenden Gefahr ist es besser zu handeln als die Arme zu kreuzen. Die Diagnose ist bisweilen schwierig, allein das ist Nebensache. Das Risiko einer Frühbehandlung ist gleich Null. „Man bleibt im Zweifel über die Folgen,“ könnte man einwenden! Was mich betrifft, so halte ich diesen Zweifel für eine unschätzbare Wohlthat, im Vergleich zu der Sicherheit, einer, wie wir wissen, unheilbaren Infektion preisgegeben zu sein.

Herr Neisser bestätigt die Möglichkeit, durch eine Excision den Ausbruch der Syphilis zu verhindern, es ist ihm dies bei einer Minorität von Kranken gelungen. Nach Exstirpation der Drüsen hat er schon kolossale Syphilide auftreten sehen, doch ist in diesen Fällen der Verlauf der Syphilis günstig gewesen.

Durch Präventivbehandlung kann man, worin alle einig sind, den Ausbruch hinausschieben aber nicht verhindern. Er sei nicht der Ansicht, daſs das Hg so viele Neurastheniker schaffe, das liege in dem nervösen Zeitalter. Er bekennt sich daher als Anhänger der Fournierschen Methode. Was die Methoden betrifft, so sind alle gleich gut, doch müsse man individualisieren.

Herr Doutrelepont schlieſst sich dem, was Neisser sagt, an.

Herr Janowsky hat in 24 präventiv behandelten Fällen stets Ausbruch der Syphilis gesehen.

Herr von Watraszewski (Warschau). **Über den Wert der Präventivmethoden in der Syphilistherapie.** (Autoreferat.)

Die Ausrottungs- resp. Excisionsversuche der primären Affektion erfreuen sich bis jetzt eines äufserst problematischen Kredites. Damit bei denselben auf Erfolg gerechnet werden könne, mufs die Excision so früh wie möglich gemacht werden, d. h. zur Zeit, wo die Charaktere einer typischen primären Syphilisaffektion gewöhnlich garnicht ausgeprägt sind, — wo dann selbst beim Ausbleiben der Allgemeinerscheinungen der Krankheit — der Verdacht auf eine unrichtig gestellte Diagnose nicht ausgeschlossen bleibt.

Der quasi-Erfolg, dafs nach der Excision die Allgemeinerscheinungen manchmal recht milde ausfallen, beweist recht wenig, da bekanntlich der milde Verlauf in einem Stadium recht ernste Erscheinungen in den weiteren Stadien der Krankheit nicht ausschliefst. Verf., der in dieser Beziehung auf 29 Fälle nur einen Erfolg zu verzeichnen hatte, hält die Excision als ein vorzügliches lokales Mittel, um den Kranken (in den entsprechend gewählten Fällen) von seinem Schanker auf dem raschesten Wege zu befreien.

Das Merkurialisieren im Schankerstadium der Syphilis schützt nicht, durchschnittlich genommen, vor dem Ausbruche der allgemeinen Erscheinungen, es wird das Erscheinen derselben nur verzögert und in die Länge gezogen.

Der Verlauf der konstitutionellen Lues, der aus einer Serie von, durch freie Intervalle geschiedenen Ausbrüchen zusammengestellt ist, — die Wirksamkeit der Merkurialmittel auf die Manifestationen der Krankheit, sowie die Machtlosigkeit derselben, weiteren Symptomen der Krankheit vorzubeugen — bringt mich auf den Gedanken, dafs das syphilitische Gift sich nicht in einer einzigen Manifestation im Organismus befinde, sondern dafs entsprechend dem latenten und dem manifesten Stadium der Krankheit zwei Modifikationen oder Abstufungen eines und desselben Agens angenommen werden dürfen und zu gewissen Zeiten und unter gewissen Umständen ein Übergang der einen Modifikation in die andere stattfindet, wo dann die Lues aus der latenten manifest wird und der Organismus sich von einem Teile des ihn durchseuchenden Virus gleichsam entlastet. Gegen die Modifikation der latenten Syphilis sind unsere Specifica wirkungslos, nicht aber gegen die der manifesten Lues; dagegen vermögen dieselben unmittelbar vor dem Übergange der latenten Modifikation in die manifeste demselben erfolgreich entgegenzuwirken, ja, in manchen Fällen einen solchen gänzlich zu verhindern, was aber mit Rücksicht auf die oben erörterten Auseinandersetzungen nicht als Erfolg, sondern als Nachteil aufzufassen wäre.

Es wäre im Gegenteil das an den Tagtreten der Allgemeinerscheinungen in den frühen Stadien der Syphilis als erwünscht anzusehen, und diejenigen, welche dem erwähnten Umstande nicht Rechnung tragen, imponieren uns nicht mit ihren Behandlungsresultaten. In der Statistik von Prof. Fournier, betreffend dessen 29jährige Praxis, fällt uns das ungemein häufige Befallensein des Nervensystems im tertiären Stadium der Krankheit auf (in 31,6 % aller dergleichen Fälle!), woraus F. den Schlufs zieht, dafs 1. die Hauptgefahr der Tertiärperiode in der excessiven Häufigkeit des Befallenwerdens des Nervensystems liegt, und dafs 2. das Syphilisvirus ganz besonders ein wahres Gift für das Nervensystem ist.

Wenn nun, laut den vorhergegangenen Betrachtungen, der Wert der seit dem frühesten Stadium der Syphilis jahrelang periodisch fortgesetzten Merkurialisation (Fournier'sche Methode) uns irrationell erscheint, wäre weiterhin zu erforschen, ob eine solche protrahierte Einverleibung des Quecksilbers für das Nervensystem auch wirklich indifferent bleibt, was aus den Erfahrungen über die chronischen Vergiftungen mit schweren Metallen und über die Beteiligung der nervösen Sphäre dabei

schwer anzunehmen wäre. Verf. citiert die Beobachtungen von Layet, Charpentier und Letulle über die Beteiligung des Nervensystems bei den an chronischer Hydrargyrose leidenden Kranken. „Wenn nun," schliefst v. Hebra, „auch die Lues als ein Gift „par excellence" des Nervensystems anzusehen ist, so wäre das Quecksilber auch keineswegs für letzteres indifferent". Bei der verhältnismäfsigen Ähnlichkeit einer Reihe von Symptomen, welche die Syphilis und die Hydrargyrose in dieser Beziehung an den Tag fördern können, ist eine besondere Aufmerksamkeit darin geboten, dafs man unter dem Einflusse des Schreckensbildes „Syphilis" obendrein nicht den Fehler begehe, die an Folgen eines chronischen Merkurialismus leidenden Kranken einer für dieselben ominösen weiteren Merkurialisation zu unterziehen. Umsomehr scheint uns in dieser Richtung Vorsicht geboten, als der Einfluſs der chronischen Hydrargyrose auf das Nervensystem sowohl in pathologisch-anatomischer, wie in chemischer Beziehung noch vieles Dunkle und Unerforschte aufzuweisen imstande wäre.

Herr Leloir: **Allgemeine Präventivbehandlung der Syphilis.** Autoreferat.

Ich glaube nicht, dafs wir autorisiert sind, als Regel aufzustellen, dafs die Allgemeinbehandlung der Syphilis einzuleiten sei, sobald der Schanker als primäres Syphilom diagnostiziert ist. In Übereinstimmung mit einer grofsen Anzahl von bedeutenden Syphiligraphen, unter denen ich die Herren Diday, Ducastel, Langlebert, Unna, Haslund, Rosolimos, Boeck etc. citiere, leite ich im allgemeinen die spezifische Behandlung erst ein, wenn die Sekundärerscheinungen auftreten. Die Gründe, welche mich zu dieser Handlungsweise bewegen, sind die folgenden:

1. Wie die überzeugtesten Anhänger der allgemeinen Präventivbehandlung selbst anerkennen, ist die Diagnose des primären Syphiloms nicht immer sehr leicht. Wenn man also von Anfang an die allgemeine Präventivbehandlung bei dem Kranken einleitet, kann der Fall eintreten, dafs man, unter der Voraussetzung, dafs diese (sc. die Präventivbehandlung) das Erscheinen der Sekundärerscheinungen zu verhindern mag, niemals sicher weifs, ob der Kranke wirklich syphilitisch oder nicht. Nun, es ist doch gewifs nicht gleichgiltig, ob man syphilitischkrank ist oder nicht. Gewisse Kranke werden allzu scharf gegen sich vorgehen und, da sie sich für syphilitisch halten, ihre Gesundheit aufs Spiel setzen, indem sie sich mit Quecksilber und Jod vollstopfen, und zwar alles ohne jeden Nutzen und mit grofser Gefahr, wenn sie nicht syphilitisch sind. Andere hingegen werden allzu sorglos verfahren, und obwohl sie syphilitisch sind, halten sie sich doch für gesund und vernachlässigen ganz und gar ihre spezifische Behandlung.

2. Es scheint, als ob Ausnahmefälle existierten, wo in der That die Syphilis während des Primärstadiums vertrieben worden ist. Ein solcher Fall wäre vielleicht der, den ich im Jahre 1889 auf dem internationalen dermatologischen Kongrefs zu Paris im Verein mit meinem Freunde Dubois-Havenith aus Brüssel mitteilte. Es handelte sich hier um ein Geschwür, welches alle Charakteristika eines infektiösen Schankers mit knotiger Induration, begleitet von charakteristischen Drüsenschwellungen, bot, welches jedoch frei blieb von Sekundärerscheinungen; der Kranke blieb länger als ein Jahr unter der strengsten ärztlichen Beobachtung.

Auf demselben Kongrefs teilten Lancéreaux und Barthélemy mit, sie hätten mehrere ähnliche Fälle beobachtet.

Wenn nun besagte Präventivbehandlung in ähnlichen Fällen verordnet worden wäre, würden wir in die oben genannten Unannehmlichkeiten geraten sein, d. h. wir wüfsten absolut nicht, ob es sich wirklich um Syphilis gehandelt habe oder nicht. Der Patient könnte vollgestopft worden sein mit Merkur und Jod nach der Vorschrift gewisser Syphilidologen und zwar aus wirklichem Interesse für die Gesundheit,

dennoch würde in solchen Fällen die syphilitische Behandlung vollkommen überflüssig sein.

3. Ich habe seiner Zeit während vieler Jahre den Rat befolgt, Quecksilber zu verordnen, sobald das Primärgeschwür sicher diagnostiziert sei. Ich konstatiere hiermit unter Berücksichtigung meiner zahlreichen Beobachtungen, dafs es äufserst schwierig ist, zu sagen, ob die sogenannte Präventivbehandlung die Intensität und Ausdehnung der Sekundärerscheinungen beeinflufst habe. Wirklich habe ich unter Berücksichtigung des Materials, welches ich selbst innerhalb 12 Jahren gesammelt oder habe sammeln lassen, nicht ausfindig machen können, ob meine Statistik über Kranke, welche ich von der sogenannten Sekundärperiode an behandelt habe, mehr schwere Syphilisfälle umfafst, als die Statistik über solche Fälle, die sofort nach Auftreten des primären Syphiloms in Behandlung genommen worden sind. In der einen wie in der anderen Statistik finde ich Fälle, wo die Sekundärerscheinungen so leicht auftraten, dafs sie unbemerkt vorübergehen konnten. Wenn ich Anhänger der Präventivbehandlung wäre, würde ich nicht ermangeln, besagter Behandlung bei Patienten, welche von Anfang an einer spezifischen Behandlung unterzogen werden, die gröfste Benignität bezüglich der beobachteten Erscheinungen zuzuschreiben.

4. Meine statistischen Erhebungen beweisen mir, dafs die sonstigen späten Erscheinungen nicht häufiger aufgetreten sind bei den Kranken, welche vom Auftreten des Schankers an behandelt wurden, als bei denen, welche erst mit dem Auftreten der Sekundärerscheinungen in Behandlung genommen wurden.

5. Es ist mir sogar aufgefallen, als ob in der Zahl der Fälle — aber vielleicht bin ich zufällig auf eine Serie ungünstiger Fälle gestofsen — die sonstigen Erscheinungen, hauptsächlich die Haut- und ganz besonders die Schleimhautsyphilide hartnäckiger und widerstandsfähiger gegen antisyphilitische Behandlung seien, bei solchen Kranken, welche präventiv behandelt, als bei solchen, welche nur nach Ausbruch der Sekundärerscheinungen behandelt worden waren.

6. Welchen Vorteil gewährt es, einen in seiner Totalität noch nicht mit dem syphilitischen Gifte durchseuchten Organismus mit Quecksilber zu imprägnieren? Nun, ich denke, es gibt heute keinen Syphilographen mehr, welcher annimmt, der Schanker sei das erste Sekundärsymptom.

Viele klinische Thatsachen rechtfertigen die Annahme, dafs nur zu Anfang der Sekundärperiode die Allgemeininfektion, die Infektion des Blutes, bestehe.

Gereicht es dem Organismus nicht zum Nachteil, ihn auch nur einigermafsen an die spezifische Behandlung zu gewöhnen, noch dazu in einem Stadium, wo seine wirksame Thätigkeit weit entfernt ist, bewiesen zu sein?

Ist es denn nicht besser einen Hauptstreich zu machen, wenn man dem Gifte direkt zu Leibe gehen kann, sobald es sich durch Sekundärerscheinungen zu erkennen gibt, als seine Patronen allzu schnell zu verschiefsen? Finden wir nicht in dem Sekundärstadium der Syphilis, auch wenn es noch so weit fortgeschritten ist, Thatsachen, die uns die Gefahren zeigen, welche durch eine allzu grofse Gewöhnung an eine spezifische Behandlung entstehen? Wer von uns, meine Herren, hat nicht Syphilide, welche einer fortgesetzten Behandlung widerstanden, weichen sehen, sobald man eine Zeitlang die Behandlung aufgegeben und sie dann plötzlich energisch wieder aufgenommen hatte? Es war hier eine gelinde Gewöhnung an die spezifische Behandlung eingetreten, die Unterbrechung der Kur brach diese Akkomodation und gestattete einer neuen spezifischen Behandlung wirksam einzugreifen.

Mufs man nun nicht befürchten, dafs man dadurch, dafs die Syphilis vom Erscheinen des Primärgeschwüres an behandelt wird, den Organismus daran gewöhnt und dagegen abstumpft zum reinen Nachteile für die Gesundheit des Kranken?

7. Endlich darf man nicht vergessen, dafs die spezifische Behandlung keine gleichgiltige, sondern eine die Gesundheit des Kranken stark angreifende Behandlung ist.

Wir müssen also immer folgende, allerdings sehr schwer zu handhabende Vorschrift vor Augen haben:

Man soll dem Kranken eine Quantität Quecksilber und Jod geben, die zur Bekämpfung der Syphilis genügt, man soll ihm jedoch dasselbe nicht zur unrechten Zeit, oder allzu lange Zeit hindurch, oder in zu grofsen Quantitäten geben, welche Befürchtungen für seine Gesundheit hervorrufen können. Man darf sich nicht durch theoretische Gründe verleiten lassen, die Therapie bis aufs äufserste zu treiben; auch darf man nicht vergessen, dafs in der Behandlung der Syphilis das Erhalten eines guten Allgemeinbefindens des Kranken die wichtigere Rolle spielt. Eine forcierte Quecksilberkur für die ersten Jahre, und Quecksilber- und Jodkuren für die ferneren Jahre werden wohl oft in Konflikt geraten mit dem guten Allgemeinbefinden.

Lassen Sie uns also nicht diese Gesundheit allzu früh ruinieren durch die Anwendung einer unzeitgemäfsen spezifischen Behandlung, wenn nicht dringende Umstände dieselbe erfordern. Dagegen, meine Herren, bin ich der Ansicht, dafs wir vom Auftreten des indurierten Geschwürs an dasselbe als einen Herd des syphilitischen Virus behandeln müssen und zwar ganz energisch mit Quecksilberpräparaten, unter welchen den ersten Rang das Emplastrum de Vigo der französischen Pharmakopoe und der Quecksilberpflastermull meines Freundes Unna einnehmen. Vorteilhaft ist es, wenn man mit dieser Behandlungsweise alle 2 Tage eine Waschung des Geschwürs mit einer Sublimatlösung verbindet.

Herr Rosenthal steht in der Frage der Excision auf dem Standpunkt Köbners, d. h. er rät zu excidieren, wo es noch möglich ist. Was die lokalen Wirkungen der unlöslichen Salze betrifft, so halte er jeden Abscefs für einen Kunstfehler, der vermieden werden könne. Unter den Behandlungsmethoden gibt er der Injektionsmethode mit unlöslichen Salzen den Vorzug.

Herr Ehlers spricht sich in längerem Vortrage für Excision aus.

Herr Leloir: **Anfang, Dauer und Methode der Syphilisbehandlung.** (Abgedruckt in extenso auf pag. 262 des vorliegenden Heftes.)

Thema V.

Vorsitzender: Herr Pick (Prag).

Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut.

Herr Caspary (Königsberg).

Referenten: die Herren Kaposi und Ehrmann.

Herr Kaposi: Seine Aufgabe sei, vom klinischen Standpunkt die Pathogenese der Pigmentierung und Entfärbungen der Haut zu besprechen, dabei war es jedoch unmöglich, von der physiologischen Pigmentierung als von der mutmafslichen Quelle und Bildungsweise des Pigments abzusehen.

Die Verhältnisse bei der Negerhaut und dem Naevus pigmentosus sind:

1. dafs der gröfste Teil des Pigments in den tiefen Schichten des Rete abgelagert ist;

2. dafs zugleich an solchen Stellen im papillären und subpapillären Dermaanteil pigmenthaltige grofse Zellen sich vorfinden;

3. dafs der optische Ausdruck des Pigments vorwiegend nur durch das Retepigment gegeben ist, — bilden den Ausgangspunkt der die Pigmentationen betreffenden Erwägungen.

Wird das Pigment an Ort und Stelle seines Fundes gebildet? oder stammt es von den roten Blutkörperchen? Wie gelangt es in die Retezellen? Welches ist die Ursache für den Schwund des Pigments? In allen Fällen, die mit reichlichem Austritt von Blutkörperchen einhergehen, ist Pigmentose (hämatogene Ursache) zu beobachten. Dies ist bei Hyperämie, aktiver und passiver, bei vaskulärer Neoplasie, bei Syphilis, Lepra, Lupus, Pigmentsarkom der Fall. Hier liegt der Anlafs in stellenweiser Kompression, Stauungen in den Gefäfsen und in dadurch erfolgtem Blutaustritt.

Die Verhältnisse beim Xeroderma pigmentosum, wo noch die roten Blutkörperchen als Quelle der Pigmentation herbeigezogen werden können, zeigen gleichzeitig ein anderes für die Pigmentation wichtiges Moment, d. i. die Notwendigkeit des Vorhandenseins eines unversehrten Papillarkörpers, wo dieser narbig verändert, ist keine stabile Anhäufung von Pigment. So bei Narben! Auffällig ist bei manchen Toxicis Kanthariden das Verbleiben der Überpigmentose, bei anderen das Schwinden ohne Wiederansatz (Jodtinct. Sublimat.). Auch bei Pigmentsarkom und Karcinom ist die enorme Entwickelung von schwarzem Pigment nicht auf ausgetretene Blutkörperchen zurückzuführen, es mufs das Pigment in den Zellen autochthon vorhanden sein. Auch das Verständnis der normalen Hautpigmentierung durch die hämatogene Erklärung ist lückenhaft. Die basalen Zellen müssen zum mindesten die Eigenschaft besitzen, ihr wie immer gewonnenes Pigment festzuhalten oder gar selbst Pigmentbildner zu sein.

Beim Pigmentschwund, bei Vitiligo, beim Albinismus, beim Altersergrauen der Haut, ist die Theorie von der hämatogenen Natur des Hautpigments nicht ausreichend.

Kaposi kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Für viele Pigmentationsvorgänge scheint die Quelle in dem Hämoglobin resp. Hämatin der roten Blutkörperchen zu liegen, sie sind hämatogen.

2. Bezüglich vieler anderer Pigmentationsvorgänge reicht diese Annahme zur Erklärung nicht aus und es ist

3. eine chromatopoetische Funktion anderer Protoplasmagebilde, speziell der basalen Retezellen anzunehmen.

Herr S. Ehrmann: **Über Anomalien der Pigmentierung und über die Entfärbungen der Haut.** Autoreferat.

Das Studium der Pigmentbildung und deren Beziehungen zu den vitalen Vorgängen im Organismus wurde von drei Seiten in Angriff genommen:

1. der chemisch-physiologischen,
2. der biologisch-physiologischen,
3. der pathologisch-klinischen.

Die letzteren zwei Untersuchungsformen waren von gröfserem Erfolge gekrönt als die erstere. Grundlegend für die Forschung waren die Untersuchungen der Amphibien- und Reptilienhaut bei deren einfachen Verhältnissen.

Wenn wir heute annehmen, dafs der Hautfarbstoff in amoeboiden Zellen enthalten ist, so haben wir das nur durch das Studium der Amphibien und Reptilien erschlossen, denn nur hier kann man es unter dem Mikroskop direkt wahrnehmen. — Während jedoch bei den Amphibien die Hauptmasse des Farbstoffes in der Lederhaut sich befindet und darauf die Zeichnung der Species beruht, verdankt die Haut der dunklen Menschenrassen und der dunklen Körperteile der Weifsen ihre Farbe dem in der Oberhaut angesammelten Farbstoffe. Der Hautfarbstoff wird nur in der Lederhaut gebildet, in der Umgebung der Blutgefäfse, aus dem Material, welches das Blut liefert, denn der Farbstoff tritt nur da auf, wo Blutgefäfse vorhanden sind und wo diese aufhören, hört auch das Pigment auf. — Wird es aber ausnahmsweise wie in

der Cornea besonders nach Entzündungen weiter vorgefunden, so rührt es von neugebildeten Gefäfsen her oder es wurde dahin verschleppt (DE JÄGER).

Frägt man, welcher Bestandteil des Blutes zu Pigment verarbeitet wird, so müssen wir nach dem heutigen Stande des Wissens als das Wahrscheinlichste annehmen, dafs es der Blutfarbstoff ist. — Es wird nicht nur experimentell bei Blutungen Pigment erzeugt, es sind gerade Erkrankungen des Blutes und der Gefäfse (Malaria, Syphilis), bei welchen Pigment neugebildet wird, ferner zeigt sich, dafs Zellen, welche rote Blutkörperchen aufnehmen, mit der Zeit Pigment enthalten. Ganze Blutkörperchen werden jedoch nur ausnahmsweise aufgenommen. Das wahre körnige Pigment kann jedoch ohne vitale Zellenthätigkeit durch rein chemische Vorgänge nicht entstehen, es wird auch nur in Zellen gebildet, während das krystallinische Hämatin auch in den Gewebsinterstitien entstehen kann. (QUINCKE, EHRMANN, NEUMANN-Königsberg).

Bei albinotischen Individuen ist das Blut, die Gewebselemente nicht nachweislich verändert und doch wird kein Pigment gebildet. Dies kann nur auf veränderter Zellenthätigkeit beruhen. Die Gründe, welche man gegen den hämatogenen Ursprung des Pigments geltend gemacht hat, sind:

1. Dafs das Pigment des Chorioidealepithels früher entsteht als die Cirkulation im Embryo im Gange ist. — Eigene Untersuchungen haben den Referenten belehrt, dafs vor dem Auftreten der Blutkörperchen in der Umgebung der sekundären Augenblase kein Pigment vorhanden ist.

2. Dafs das Pigment der Wirbellosen ohne Zuthun von Blutfarbstoff entsteht; aber dies gehört chemisch in eine ganz andere Gruppe, zugleich mit dem gelben, roten und blauen, von denen manche auch bei Vögeln vorkommen. — Sie gehören zu den Lipochromen (KRUCKENBERG), gleich wie das Pigment senescierender und atrophierender Organe und stehen mit den Fetten in genetischem Zusammenhange, sie werden ähnlich wie der Farbstoff der als Xanthome bezeichneten Tumoren in Äther und heifsem Alkohol gelöst und mit Überosmiumsäure geschwärzt.

Der in der Lederhaut gebildete Farbstoff wird aus den Zellen derselben in die Oberhaut durch aktiv bewegliche protoplasmatische Zellausläufer gebracht. — Der Referent hat bereits 1881 (*Akadem. Sitzungsber.* Wien) Fortsätze beschrieben, die von den Chromatophoren des Derma in die Epidermis aufsteigen, und später — 1885 — (*Archiv f. Dermat. u. Syph.*) gezeigt, dafs sie im Inneren von Epidermiszellen endigen und Pigment führen.

Bestätigt wurden diese Angaben durch KARGS Transplantationsversuche vom Neger auf Weifse und umgekehrt (unabhängig vom Referenten). Den Vorgang, wie Pigmentkörnchen in Zellbrücken strömen, hat Ref. bei jungen, 2 cm langen Fröschen unter dem Mikroskop in vivo beobachtet. Legt man ein Körnchen NaCl auf einen unter dem Mikroskop ausgebreiteten Hautlappen, so sieht man, wie jene Zellen, welche das schwache Pigment enthalten, mit den anderen, welche das gelbe und weifse tragen, durch ausgesendete Ausläufer in Verbindung treten und die letzteren umfliefsen. Dabei wird die Haut schwärzlich, wenn sie früher gelbgrün war. — Die grüne Farbe der Froschhaut beruht darauf, dafs die schwachen Chromatophoren durch eine Schichte weifsen Pigmentes als durch ein trübes Medium mit blauer Farbe durchscheinen, und diese sich mit dem Bilde des gelben Pigments zu Eindrücken des Grünen auf der Netzhaut verwischt. — Strecken die schwarzen Pigmentzellen ihre Fortsätze aus, so nähert sich das schwarze Pigment der Epidermis, ja einzelne Fortsätze dringen bis in die letztere ein. Dabei nimmt die Dicke der trüben Schichte ab, das Blau in der Mischfarbe geht in Schwarz über. — Beim Zurückziehen der dunkeln Fortsätze kann man finden, dafs einzelne schwarze Pigmentkörnchen in den gelben Pigmentzellen

zurückbleiben. Aus dieser Beobachtung schliefst der Ref., dafs, wenn zwei Zellen durch Brücken miteinander in Verbindung stehen, Pigmentkörnchen durch deren Vermittelung aus einer Zelle in die andere eindringen und in der letzteren auch zurückbleiben können. — Auf diese Weise erklärt es sich, dafs ganze Strecken von Bindegewebszellen bei Amphibien von Pigment entblöfst sind, während in der darüber liegenden Epidermis der Farbstoff sich anhäuft. — Das letztere gehört beim Menschen, speziell beim Neger, zur Regel; hier sind die Zellen, welche das Pigment mit ihren Ausläufern in die Oberhaut tragen, knapp an die Epidermis oder ganz in dieselbe gerückt. — In der letzten Zeit hat Ref. in vivo excidierte Negerhaut untersucht und gefunden, dafs die Herxheimerschen Fasern solche Zellbrücken sind, die mit kolbenförmigen Enden im Innern von Epidermiszellen endigen. — Referent beschreibt, wie die Fasern von den Zellen der Basalschicht bis in das Stratum granulosum aufsteigen und dessen Enden pigmentiert oder von einem sichelförmigen Pigmenthofe umgeben sind. — Auf die pathologischen Vorgänge übergehend, erörtert E. zunächst die Überfärbungen und Entfärbungen bei der Syphilis. — In der syphilitischen Papel oder Macula bildet sich reichlich Pigment in den Infiltrationszellen und wird auch reichlich zur Oberhaut getragen, deshalb hinterläfst die Efflorescenz meist einen Pigmentfleck. — Zuweilen häuft sich aber der Farbstoff im Derma an und die Epidermis wird allmählich davon entblöfst. — Zuerst findet man nur die Basalzellen entfärbt, dann immer höhere Schichten, zuletzt die Hornschicht. — Ref. deutet die Erscheinung so, dafs die pigmenthaltigen Epidermiszellen allmählich gegen die Hornschicht aufsteigen und von unten neue pigmentlos nachgebildet werden, so dafs, wenn die letzten pigmenthaltigen Zellen mit der Hornschicht sich abgestofsen haben, die ganze Epidermis entfärbt ist, aber im Derma noch reichlich Pigment angesammelt ist. — In diesen Fällen wird die Fortschaffung des Pigmentes nach oben sistiert, weil die verzweigten Pigmentzellen, welche der Fortschaffung des Pigmentes dienen, an der Epidermisgrenze fehlen. Dann erscheint die Stelle, auf welcher früher eine Efflorescenz gesessen hat, nicht braun, sondern hell (Leukoderma syph.). — Ein Leukoderma ohne vorausgegangene makulöse oder papulöse Efflorescenzen gibt es nicht. Zuweilen schuppt die Epidermis im Centrum der leukodermat. Stelle so sehr ab, dafs sie verdünnt erscheint und namentlich das trübe Stratum granulosum fehlt. Dann ist die Epidermis durchscheinend ähnlich wie bei den Amphibien, und das im Derma befindliche Pigment scheint durch mit bläulicher Farbe, und erst, wenn die Oberhaut ihre normale Farbe erreicht hat, wird die ganze Stelle weifs.

Die Verhältnisse ändern sich, wenn die Papel luxuriert; dann erreicht die Infiltration der Lederhaut eine solche Intensität, dafs die Pigmentbildung aufhört. Die degenerierten Epidermiszellen können aber schon früher kein Pigment aufnehmen. Dasselbe schwindet aus der Epidermis und aus dem Derma. Aber die verzweigten, Pigment übertragenden Zellen bleiben eine Zeitlang erhalten, sie können nur das Pigment nicht in die Epidermis abgeben.

Im Derma kommt es zur Resorption des früher gebildeten Pigmentes, aber nicht durch die Blut-, sondern durch die Lymphgefäfse. Die Vitiligo zeigt im Beginne dieselben Erscheinungen; das in der Lederhaut gebildete Pigment wird nicht in die Oberhaut der erkrankten Stellen getragen, sondern wird in die Peripherie geschleppt, wo es sich anhäuft. — Beim Fortschreiten des Leidens verlieren die Bindegewebszellen die Eigenschaft der Pigmentbildung und können durch Vesikantien nur vorübergehend dazu angeregt werden. — Bei Albinismus universal. hängt der Pigmentmangel meist mit hereditären Verhältnissen zusammen; beim Albin. partialis ist vermöge der Verteilung derselben ein Einfluss des Nervensystems höchstwahrscheinlich. — Für die melanotischen Tumoren, die ja ihren Ausgangspunkt von pigmentierten Körperteilen

nehmen, ist kein Grund vorhanden, eine abweichende Pigmentbildung anzunehmen. — Der chemische Nachweis des Eisens oder dessen Mangel können weder für noch gegen die Pigmentbildung aus Blutfarbstoff sprechen, — denn es ist nachgewiesen, (Martin Schmidt), dafs notorisch Hämosiderin mit der Zeit sich so verändert, dafs kein Fe mehr in demselben nachweisbar ist. In derselben Hautstelle kann das Pigment des Derma Eisen nachweisen lassen, das der Epidermis nicht, was durch die Veränderung des Farbstoffes während des Aufsteigens leicht erklärt werden kann. Auch rührt die Farbe des Pigmentes nicht von Fe her; hat doch Preyer aus Hämoglobin einen farbigen Körper (sein Hämatoin) dargestellt, der eisenfrei war. — Und wenn urgiert wird, dafs vitale Vorgänge — und als solchen müsse wir die Pigmentbildung ansehen — immer an Eiweifskörperchen sich abspielen, so mufs hervorgehoben werden, dafs das Hämoglobin ein Eiweifskörper ist wie nur irgend einer. Eine Funktion im Haushalte des Organismus ist dem Pigment nachweisbar im Auge aller Lebewesen zugeteilt.

In der Haut fungiert es nur bei den Amphibien und Reptilien, die durch Wärme hell, durch Kälte dunkel werden und auf diese Weise die Wärmeabgabe bis zu einem gewissen Grade regulieren können, — beim Menschen kann es in der Haut nur als ein Überrest aus früheren Entwickelungsepochen gelten, der eventuell zu pathologischen Bildungen Veranlassung geben kann.

Herr Jarisch (Innsbruck): **Zur Physiologie und Pathologie des Pigmentes.** (Autoreferat.) Der Vortragende weist auf einige topographische Verhältnisse hin, welche sich nicht ohne weiteres der heute allgemeine Geltung habenden Lehre vom Pigmente akkomodieren. — Bei Untersuchung tief dunkel pigmentierter Hautstellen der Weifsen, dunkelpigmentierten Brustwarzen, Analfalten, zeigen die Basalzellen der Retezapfen resp. Leisten massenhaft Pigment, während die superpapillaren Basalzellen pigmentarm oder selbst ganz pigmentlos angetroffen werden. Andeutungen dieses Verhaltens fand der Vortragende auch beim Neger, insofern bei senkrecht getroffenen Papillen die superpapillären Basalzellen pigmentarm erschienen. — Diese Verteilung des Pigmentes ist aber eine gesetzmäfsige, sie findet sich bei Epheliden, Lentigines, Naevis spilis, den Hyperpigmentierungen am Rande der Vitiligoflecke u. s. w. Zur Erklärung dieses eigentümlichen Verhaltens dürfte die rein mechanische Betrachtungsweise der heutigen Pigmentlehre kaum ausreichen; man wird auf den Chemismus der Retezellen rekurieren müssen. —

Mit diesen Verhältnissen mögen weitere Befunde des Vortragenden bei Leukopathia circumscripta congenita, bei Vitiligo und bei Leukoderma syphilit. im Zusammenhang stehen. — In all den genannten Fällen wurde eine mehr oder weniger ansässige Zellenwucherung um die Gefäfse der Papillen, des subpapillären Gefäfsnetzes und selbst um die tieferen Gefäfse angetroffen, welche vielfach mit dem Schwunde des Pigmentes, resp. mangelnder Restitution desselben zu korrespondieren schien. — Was den Schwund des Pigmentes anlangt, so ist der Vortragende geneigt, die schon von Riehl bezüglich des Leukoderma syphil. geäufserte Vermutung der Verschleppung des Pigments von der Epidermis ins Corium, im Gegensatze zu den Anschauungen Neissers und Ehrmanns zu acceptieren.

Dafs Pigment aus der Epidermis verschleppt resp. resorbiert werde, gehe aus dem Experiment Kargs (Transplantation von Negerhaut auf den Weifsen) unzweifelhaft hervor. Aber auch noch in anderen Verhältnissen seien Stützen für die Annahme einer Resorption des Pigmentes zu erblicken. — Mit der Feststellung einer Resorption des Pigmentes würden aber die Hautfundamente der heutigen Lehre vom Oberhautpigmente ins Wanken geraten, denn sie seien solche nur unter der Voraus-

setzung einer bestimmten und stets gleichen Bewegungsrichtung des Pigments, nämlich vom Corium gegen die Epidermis.

Abgesehen von den weittragenden Bedenken gegen die heutige Pigmentlehre, welche die Untersuchungen des Vortragenden wachriefen, seien die Befunde bei den Pigmentatrophien aber auch aus dem Grunde interessant, weil sie gewisse Eigentümlichkeiten, besonders der Vitiligo, wie den progressiven Charakter, die Symmetrie, einer einfachen Erklärung zugänglich machen. — Der Vergleich des Gefäfsschemas von MANCHOT und der Abbildung von Vitiligo, wie sie LESSER gibt, läfst eine auffällige Korrespondenz der weifsen Flecken mit gewissen Gefäfsbezirken erkennen.

Bezüglich des **Haarpigmentes** tritt der Vortragende mit Entschiedenheit für die Anschauung ein, dafs Pigment schon in den untersten Lagen der Haarmatrix innerhalb der Zellen, und zwar zumeist über dem distalen, der Haar- resp. Papillenachse zugekehrten Sternpole liege. Er könne aber auch nicht in Abrede stellen, dafs die Bilder RIEHLS, EHRMANNS und KÖLLIKERS ebenso den Thatsachen entsprechen. Das Verhältnis scheine so zu liegen, dafs das Pigment der peripheren Anteile der Haarmatrix innerhalb der Zellen gelagert sei, während es in den centralen Anteilen zwischen den Zellen angetroffen wird. — Der Vortragende möchte speziell mit EHRMANN übereinstimmen, welcher weit verzweigte Zellen an der Papillenmatrixgrenze beschreibt; bezüglich der Funktion dieser Zellen als Pigmentübertrager, möchte er sich aber reserviert halten, und zwar aus dem Grunde, weil man so selten Pigment in der Haarpapille antreffe. Der Kontrast zwischen der tiefdunkel pigmentierten Matrix und der meist durchaus hellen und pigmentlosen Papille sei so augenfällig, dafs man sich zu Zweifeln über die Richtigkeit der Anschauung hingedrängt fühle, dafs alles Pigment des Haares aus dem Corium durch die Papille in die Haarmatrix aufgestiegen sei. Aber auch die topographischen Verhältnisse des Pigmentes, sowohl innerhalb der Matrixzellen, als auch im Haare, als Ganzes betrachtet, lassen sich nur schwer mit der Annahme einer regellosen Einwanderung des Pigmentes in Einklang bringen.

Diskussion:

Herr KROMAYER macht verschiedene Einwände gegen die Lehre EHRMANNS, die von diesem mit Leichtigkeit widerlegt werden.

Herr BLASCHKO wendet sich gegen die von RIEHL verfochtene und von JARISCH verteidigte Auffassung von der Aufsaugung des Pigments, indem er hervorhebt, dafs jeglicher Pigmentschwund sich einfach dadurch erklären lasse, dafs die Pigmenteinwanderung aufhört, während das alte Pigment sich mit den verhornten Epithelien abstöfst. Das Pigment bleibe nicht, wie KAPOSI meint, in den basalen Retezellen liegen, sondern wandere mit der Teilung derselben in die höheren Zellschichten, in denen es selbst bei spärlicher ursprünglicher Anlage noch nachweisbar sei, während bei starker Entwickelung des Pigments, dieses sich noch in den obersten Schichten des Stratum corneum vorfinde. Der Vortragende weist dann noch auf die Sohlenballen neugeborener schwarzweifs gefleckter Katzen als ein aufserordentlich geeignetes Objekt zum Studieren der ersten Entstehung des Pigments in der Oberhaut hin. Dasselbe tritt anfangs in ganz spärlichen verzweigten, zwischen den basalen Epithelien liegenden Bindegewebszellen auf, um erst später in die Epithelzellen selber einzutreten. BLASCHKO kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Unter dem Einfluſs des Sonnenlichtes bildet sich in dem Integument der Vertebraten aus dem Blutfarbstoff ein gelbbraunes Pigment. Die Sonnenwärme scheint an der Pigmenterzeugung nicht beteiligt.

2. Durch natürliche und geschlechtliche Zuchtwahl entstehen pigmentierte und

pigmentfreie, gefleckte und verschieden stark pigmentierte Arten, Rassen und Individuen.

3. Man muſs unterscheiden: Pigmentbildung, Pigmenttransport und Pigmentzerstörung. Das Pigment bildet sich in der Umgebung der Blutgefäſse, wird von dort durch amöboide Zellen in die Epidermis transportiert, wo dasselbe ganz oder teilweise zerstört wird. Der Pigmenttransport scheint von nervösen Einflüssen abzuhängen.

4. Der vollkommene und unvollkommene, der normale und pathologische Pigmentschwund (Albinismus) tritt ein:

a. bei Fehlen der Pigmentbildung;

b. bei Fehlen des Pigmenttransportes;

c. bei mangelnder Aufnahmefähigkeit der Epithelzellen für das Pigment.

Die Pigmentbildung bleibt aus:

a. bei totalem Mangel des Sonnenlichts;

b. bei atavistischem Rückschlag in pigmentfreien Rassen, Arten, Individuen.

Der Pigmenttransport bleibt aus:

a. wenn die transportierenden Zellen fehlen oder nicht transportkräftig sind;

b. wenn sich auf dem Wege, den das Pigment zu machen hat, unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellen. Diese Wege sind die Gefäſswandungen, die Lymphbahnen und die Grenzfläche zwischen Cutis und Epidermis.

Die verschiedenen Arten des Leukoderms lassen sich auf diese verschiedene Weisen erklären.

5. Beim Übermaſs von Pigment findet sich bei sonst nicht oder schwach pigmentierten Arten, Rassen und Individuen:

a. bei atavistischem Rückschlage in stärker pigmentierten Arten;

b. bei absolut oder relativ für die Empfindlichkeit des Individuums zu starker Einwirkung des Sonnenlichtes.

Von dem durch das Sonnenlicht erzeugten Pigment sind streng zu sondern:

a. das weiſse und buntfarbige Pigment, dessen Verschiedenheit von dem braunen Pigment Seydig schon dargethan;

b. das nach länger dauernder Hyperämie, Entzündung, Hämorrhagie, zurückbleibende Pigment;

c. das auch in den inneren Organen auftretende Pigment, bei allgemeiner Melanose, melanotischen Geschwülsten etc.

Herr Kral: **Über den Favuserreger.**

Durch die bisher angewandten Methoden, Fragmente von Borken und Haaren auf Platten oder Röhrchen auszusäen, war es nicht möglich, den strikten bakteriologischen Nachweis zu führen, ob in Favusherden ein einziger oder mehrere Fadenpilze und in welchem quantitativen Verhältnis zu einander daselbst vorhanden sind, nachzuweisen.

Es gelang Kral durch Anwendung des Kochschen Plattenverfahrens (Agar-Agar) und einer eigenen Trennungsmethode (Bröckchen mit Kieselsäure verrieben) — zu folgenden Resultaten zu kommen:

1. Ausschlieſslicher Nachweis eines einzigen Fadenpilzes; derselbe ist morphologisch und kulturell von den bisher als Favuserreger beschriebenen Pilzen verschieden.

2. Die Pathogenität ist für den Menschen festgestellt, indem sowohl auf der behaarten als auch unbehaarten Haut der Menschen Favus hervorgebracht werde.

3. In den experimentell erzeugten Krankheitsprodukten wurde einzig und allein der ausgesäte Pilz gefunden.

Vor Beginn der Vorträge fand Demonstration eines Naevus verrucosus progrediens am Rücken eines Mannes durch Herrn Isaak statt; ferner demonstriert Herr Ehrmann Nadeln für elektrolytische Zwecke.

Thema VI.

Syphilis.

Die speziellen Indikationen der verschiedenen Applikationsweisen des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung. Herr Lesser (Leipzig). Referent: Herr Lang (Wien).

Herr Lesser verzichtet zu Gunsten des Referenten.

Herr Lang mahnt zur Vorsicht bei Gebrauch des Merkurs bei herabgekommenen Individuen, bei Nephritikern, Tuberkulösen und bei amyloider Degeneration; sonst hat das Hg sich glänzend bewährt.

Die interne Anwendung ist bloſs bei leichteren Infektionen indiziert.

Die Haut ist ein Organ, durch welches groſse Mengen aufgenommen werden können.

Bei schwächlichen Personen und Kindern empfiehlt sich die Pflasterbehandlung.

Die Sublimatbäder sind nur auf in der Haut lokalisierte Produkte einzuschränken.

Die wirksamste Behandlung besteht in der Schmierkur und in den subkutanen Applikationen; hierbei ist wiederum am wirksamsten die Behandlung durch Injektionen von unlöslichen Salzen.

Das Kalomel stört durch lokale Reizung; vorzuziehen sind Hydrarg. thymolic. und salicylic. Das beste und wirksamste aber ist graues Öl.

Zur Vermeidung von Recidiven sei eine milde Therapie wirksamer als eine lange durchgeführte.

Bei Nervenkranken bedient man sich am besten ausschlieſslich der Einreibungen und Injektionen.

Bei drohender Gefahr sind Kalomel und Hydrarg. salicylic. indiziert.

Die Lokalbehandlung mit Oleum ciner. erweist sich z. B. bei Drüsenschwellungen als vortrefflich.

Auf welche ursächlichen Momente ist der Ausbruch tertiärer Formen der Syphilis zu beziehen?

Nach Haslund:

1. auf vollständigen Mangel einer Behandlung im sekundären Stadium;
2. auf mangelhafte oder unvollständige Behandlung des sekundären Stadiums, sei es, daſs diese in zu kurz dauernder oder zu spät begonnener Behandlung besteht;
3. auf Komplikation der Syphilis mit Alkoholismus;
4. auf das gleichzeitige Ergriffensein des Organismus von chronischen Krankheiten;
5. auf Infektion im höheren Alter;
6. auf Malaria- und andere klimatische Fieber;
7. auf Idiosynkrasie oder Intoleranz gegen Merkur.

Nach ihm ist auch die Reihenfolge des Ergriffenseins der Organe folgende: Haut — Knochen — Nervensystem — innere Organe — Schleimhäute. Bei den höheren Klassen wird das Nervensystem öfter angegriffen, als bei den unteren, weil jene im Kampf ums Dasein sich mehr geistig, diese mehr körperlich anstrengen.

Herr JULLIEN (Paris), Chirurgien de St. Lazare: **Über Syphilis, Diabetes, Acetonaemie.** Autoreferat.

In einer früheren Arbeit habe ich gezeigt, daſs die Syphilis häufig mit Magendilatation kompliziert sei, und ich bin sehr erfreut zu sehen, daſs die Herren Kollegen LELOIR, MAURIAC, NEUMANN, sich dieser Ansicht angeschlossen haben; ich vervollständige heute diese Daten, und, dank dem Einverständnis mit der Klinik, führe ich dieselben aus bis zur Demonstration des direkten Bandes, welches mit der Infektion gewisse groſse Toxämien vereinigt, Diabetes, Acetonaemie, Albuminurie.

Im Folgenden teile ich einen in dieser Beziehung sehr instruktiven Fall mit. Im Mai 1888 behandelte ich einen Herrn B. wegen eines unzweifelhaften syphilitischen Zungengeschwürs. Die Schemata, die ich vor Ihren Augen cirkulieren lasse, beweisen, daſs die Heilung langsam, aber doch regelmäſsig vonstatten ging, unter dem Einflusse der Einreibungen und des Jodgebrauches. Zur selben Zeit wurde ich benachrichtigt, daſs der Kranke schwere Abweichungen in Sprache und Betragen zeigte. Er war extravagant und erging sich in Drohungen gegen seine Nächsten und besorgte sein Geschäft so schlecht, daſs er in kurzer Zeit ruiniert war.

Der Mangel an Zusammenhang, der Wahnsinn im Handeln, lieſsen an cerebrale Syphilis denken, allein die Symptome wurden von Tag zu Tag trotz der intensiven antisyphilitischen Behandlung deutlicher; ich untersuchte den Magen und fand eine enorme Dilatation, die ich nach meinen früheren Untersuchungen geneigt war, auf die spezifischen Veränderungen der beginnenden Lebersklerose, d. h. auf die vorhergehende Cirrhose zu schieben.

Bald wurde ich nach dieser Richtung hin zur Überzeugung gezwungen, als Herr B. sich über Erektionen beklagte, welche durch indurierte Stellen in den Schwellkörpern erschwert wurden und nicht bis zur Vollendung kamen. Diese ehemals der Syphilis zugeschriebene Veränderung deutet heutzutage entweder auf Gicht oder auf Diabetes hin. Ich fand denn auch Zucker im Harn des Kranken, welcher daraufhin nach Vichy geschickt wurde.

Von jetzt ab war der Beweis für die Leberveränderung erbracht und der präcirrhotische Zustand leicht kenntlich gemacht; ebenso haben dies die neueren Arbeiten von GLÉNARD bewiesen. Mein Kranker wurde in Vichy plötzlich vom Coma befallen, welches profuse, choleraähnliche Diarrhoen im Gefolge hatte. Er wurde im vollsten Delirium nach Paris zurückgeführt mit erdfahlem Antlitz, gläsernen Augen, jeden Augenblick des Todes gewärtig. Als ich den Patienten zusammen mit dem Kollegen HANOT sah, enthielt der Urin 6,75 % Zucker und 15% Harnstoff und verbreitete den charakteristischen Geruch nach Aceton. Eine antifermentative Behandlung (Bismuth. salicylic. und Naphthol, Opiate) brachte alle Erscheinungen zum Schwinden, aber die Konvalescenz zog sich sehr in die Länge und wurde häufig durch das Erscheinen der Albuminurie unterbrochen.

Die spezifischen Veränderungen, welche von der Leber ausgehen, sind die Ursache der Magendilatation, einer häufigen Komplikation bei Syphilis, und können unter diesem Namen parasyphilitische Erscheinungen hervorbringen: Glycosurie, Diabetes mit dem ganzen Heere von dessen Erscheinungen — persistierende Ulcerationen, sklerotische Stellen am Penis, und in anderer Reihenfolge: Albuminurie, Acetonaemie, choleraähnliche Zufälle, Coma.

Herr Ehrmann: **Über die Verwendung der elektrischen Kataphorese im elektrischen Bade zur Behandlung der Syphilis.** Autoreferat.

Seit jeher ging das Bestreben dahin, solche Applikationsweisen des Quecksilbers zu suchen, die bei der Notwendigkeit, dasselbe lange Zeit hindurch und wiederholt dem Kranken beizubringen, demselben möglichst geringe Beschwerden machen, aber dabei imstande sind, hinreichende Quecksilbermengen in den Organismus zu bringen, und gestatten, die Menge des Quecksilbers zu dosieren oder einigermafsen beliebig abzustufen. — Die uralte Darreichungsweise durch Einreibung ist zwar imstande, hinreichende aber nicht genau bestimmbare Quecksilbermengen einzuführen; überdies ist sie von der Durchführung so vollkommen abhängig, dafs man oft nur sagen kann: si duo faciunt idem non est idem.

Die Injektionsmethoden haben diesen Nachteil nicht, dagegen mufs man es doch als wünschenswert bezeichnen, eine Methode zu finden, welche hinreichende Quecksilbermengen in den Organismus bringt, ohne erst eine Läsion notwendig zu machen.

Ältere Versuche veranlafsten nun Ehrmann, seit langer Zeit an die elektrische Kataphorese von Sublimatlösungen zu therapeutischen Zwecken zu denken. Er stellt sich die Sache ursprünglich so vor, dafs man eine Extremität in ein Gefäfs mit Sublimatlösung bringt, welches als Anode, und eine andere in ein zweites Metallgefäfs, welches als Kathode wirkt. Dadurch wird bewirkt, dafs der ganze Strom, der in den Körper eintritt, auch in diesem bleibt und durch die andere Elektrode wieder austritt. — Nach diesem Principe hat er nun folgenden Versuch gemacht. — Er liefs seine Hände in 2 mit verdünnter Methylviolettlösung gefüllte Gefäfse, in denen sich Zinkplatten als Elektroden befanden, eintauchen und schickte nun einen Strom von 15—20 Mille Ampères durch 5—10 Minuten hindurch und nun zeigte sich, dafs an der Anode die Mündungen sämtlicher Follikeln mit Methylviolett gefärbt waren, und an der Kathode nicht, es ist also der gelöste Körper an der Anode in die Haut eingedrungen. — Als nun Ehrmann Prof. Gärtner aufforderte, gemeinsam mit ihm Versuche über die Kataphorese vorzunehmen, proponierte dieser, um den ganzen Körper der Kataphorese zu unterziehen, die Versuche in dem von ihm konstruierten Zweizellenbade vorzunehmen. — Bei diesem Bade wird der Zweck, den Strom durch den Körper und nicht neben diesem vorbei zu leiten, dadurch erzielt, dafs der in einer Wanne liegende Körper durch eine eng anliegende Scheidewand, welche die Wanne in 2 Teile teilt, gezwungen wird, mit der oberen Hälfte in einem mit der untern in einem zweiten Gefäfse zu liegen, ähnlich wie bei der von Ehrmann angeregten Anordnung und dafs in der einen Zelle eine Zinkplatte als Anode, in der andern eine als Kathode sich befindet.

Ein Strom von einer bestimmten Stärke kann nun 500 mal soviel Flüssigkeit in einen porösen Körper hineinbringen, als er zu gleicher Zeit durch Elektrolyse zu zersetzen vermag.

In diesem Bade wurden zunächst drei Gesunde der Kataphorese von Sublimat unterzogen und zwar anfangs sehr vorsichtig mit nur 4 g Sublimat bei einer Stromstärke von 100 Mille Ampères und einer Dauer von 15—20 Minuten. Bereits am Tage nach dem Bade zeigten sich qualitativ nachweisbare Quecksilbermengen und dann Mengen zwischen 1,4 und 1,9 mg, die binnen 8 Tagen verschwanden. In einem Falle, der einen Badediener betraf, war das Quecksilber bereits am vierten Tage geschwunden, wahrscheinlich, weil derselbe tagsüber im Dampfraume arbeitete. Da nun nach dem Versuche von Ehrmann das Eindringen der Flüssigkeit besonders durch den Drüsenapparat erfolgt, so wird in diesem Falle die reichliche Hautsekretion das Sublimat wieder aus dem Follikularapparat herausgetrieben haben. Über diese Versuche wurde bereits berichtet.

Die weiteren Versuche wurden an Syphiliskranken angestellt; im ganzen wurden 34 Kranke der Kataphorese unterzogen, die meisten aus Ehrmanns Klientel, einige wurden ihm von andern Kollegen zugeschickt, darunter waren im Eruptionsstadium mit der Sklerose 3 Kranke. Der eine hatte ein starkes Ödema indurativum mit Phimosis und ein lenticul. papul. Syphilid. Er bekam 15 Bäder bei 150 Mille Ampères Stromstärke und 30 Minuten Dauer. Das Bad enthielt 8 g Sublimat; demselben wurden ursprünglich 60 g Schwefelsäure zugesetzt, um die Kalksalze, die mit Sublimat eine unlösliche Verbindung geben, niederzuschlagen. Später brachte man gekochtes Wasser ins Bad, in welchem die Kalksalze herausgefüllt waren, so dafs ein Zusatz von Schwefelsäure, welche die kataphoretische Kraft des elektrischen Stromes herabsetzt, vermieden wurde.

Nach 15 Bädern war die Phimosis rückgängig, das Exanthem geschwunden. Seither haben die Verff. den Pat. aus den Augen verloren. Bei den andern 2 Kranken wurden in dem einen Falle 28, im anderen 30 Bäder angewendet. Beide hatten makulo-papulöse Syphilide und über haselnufsgrofse Sklerosen, welche nach den Bädern schwanden. Sie sind seit Mai in Beobachtung und zeigen derzeit noch keine Recidiven.

An Sekundärformen der späteren Periode wurden 3 Fälle mit Psoriasis palmaris teils mit, teils ohne makulösem Exanthem behandelt. In 2 Fällen, wo auch ein makulöses Syphilid vorhanden war, wurden je 35 Bäder gegeben, im dritten Falle, wo Psoriasis palmaris allein war, 12 Bäder. Im letzteren Falle traten keine Recidive ein; in den ersten 2 trat nach 3 Monaten leichtes Exanthem mit Papeln auf der Zunge auf.

Breite Kondylome ad anum et ad genitalia wurden in 5 Fällen behandelt, davon einer aus der Beobachtung Gärtners. Nach 8—10 Bädern schwanden die Erscheinungen; lokal wurde in der Zwischenzeit nichts Anderes angewendet als Einstreuungen von Talcum venetum. Recidive wurden in diesen Fällen bisher nicht gesehen.

Die meisten der behandelten Fälle zeigten Erscheinungen im Kehlkopf, Rachen und Mund; und zwar wurden von Ehrmann selbst 7 Fälle beobachtet. Die geringste Anzahl der Bäder, welche die Erscheinungen zum Schwinden brachte, war 6, die gröfste 18. Recidiven erfolgten dreimal, einmal in einem Monat nach 8 Bädern, zweimal in 3 Monaten nach 9 und 11 Bädern. Dazu kam noch eine grofse Zahl von Fällen, die in der Beobachtung des Herrn Prof. Störk stehen und deren Verlauf ein sehr günstiger ist.

Von sehr schweren Formen wurden 2 behandelt. Der eine betraf ein recidivierendes kleinpapulöses Syphilid, 4 Jahre nach der Infektion mit Papeln im Munde. Die Papeln schwanden nach dem 23., das Syphilid nach dem 48. Bade.

Der zweite Fall betraf eine arme, sehr herabgekommene Frau. Sie hatte ein grofses papulöses schuppendes Syphilid, eine Iritis mit starker Chemosis und Synechien. Die Patientin bekam die Bäder zuerst jeden dritten, dann jeden zweiten Tag, dann täglich. Nach dem neunten Bade traten leichte Diarrhoen auf, die nach Aussetzen der Bäder durch Decoctum Salep leicht gestillt wurden. Nach dem 15. Bade war die Chemosis geschwunden. Nach dem 22. Bade mufste, da die Patientin Influenza bekam, die Behandlung auf 14 Tage ausgesetzt werden. Die Iritis machte keine Fortschritte. Nach 38 Bädern war bis auf 2 kleine, den Synechien entsprechende Stellen die Ciliarröte geschwunden und blieb es bis zum 54. Bade, da bekam Patientin einen heftigen Bronchialkatarrh, der die Bettruhe und Aussetzung der Bäder notwendig machte. Am 10. Tage war, ohne dafs das zuerst erkrankte Auge beträcht

lich erkrankt gewesen wäre, am linken Auge Ciliarröte und eine frisch entstandene Synechie nachweisbar.

Patientin bekam nun 5 Einreibungen, worauf alle Erscheinungen schwanden und die Kranke bis heute (nach 3 Monaten) frei ist. In diesem scheinbar ungünstigen Falle zeigte sich gleichwohl die Wirkung der Kataphorese, denn die Kranke bekam wiederholt Diarrhoen, (und aufser den Bädern nur noch 5 Einreibungen), die nach Aussetzung der Bäder sistierten. Recidive der Iritis gehören übrigens bei jeder Behandlungsform fast zur Regel. So hat Ehrmann einen Fall erlebt, wo bei einem Patienten die Excision der Sklerose und 30 Präventiveinreibungen gemacht worden waren. Im dritten Monat nach der Infektion bekam er eine Iritis, die auf 5 Einreibungen schwand, wenige Tage darauf eine Iritis papul., die 40 Einreibungen bis zum Schwinden brauchte, und 5 Tage nach Aufhören der Kur zeigte sich wieder Ciliarröte, die wieder Einreibungen notwendig machte.

In 14 Fällen wendete Ehrmann die Sublimatbäder zur intermittierenden Therapie an, und zwar wurden je nach Bedarf 10—15 Bäder verabreicht. Recidive zeigten 2 Fälle.

An Intoxikationserscheinungen wurden in 2 Fällen Diarrhoen gesehen, in einem Falle trat Ptyalismus, in einem andern Falle ein schuppendes Ekzem, das nach Behandlung mit Unguentum Wilsoni und Einstreuungen von Reispuder heilte. In pathologischen Fällen wurde bei 4 der Harn einer Analyse unterzogen. Der Harn eines Kranken, der schon vor 4 Jahren Quecksilber angewandt hatte, zeigte nach dem 45. Bade 1,9 mg Quecksilber, der zweite, eines bisher Unbehandelten, nach dem 30. Bade 1,4 mg, der dritte von Gärtner beobachtete nach dem 20. Bade 1,9 mg, und der vierte nach dem 16. Bade 0,6 mg Quecksilber im Harn.

In letzter Zeit wurden die Bäder jeden oder jeden zweiten Tag verabreicht und 12 g Sublimat dem Bade zugesetzt, so dafs es sich auf beide Zellen gleichmäfsig ver teilt. Die Stromstärke beträgt 200 Mille Ampères, die Dauer $^1/_2$ Stunde. Der Strom ward nach $^1/_4$ Stunde umgekehrt, denn da das Eindringen der Sublimatlösung nur an der Anode geschieht, so wird mit der Zeit so viel davon in die Follikel eingedrungen sein, dafs ein Plus nicht mehr durch den Follikularapparat eindringen kann, daher mufs der Strom umgekehrt werden, damit die frühere Kathode zur Anode wird.

Werden diese Ergebnisse zusammengefafst, so erhellt daraus, dafs man imstande st, durch Kataphorese Quecksilber in solcher Menge in den Organismus zu bringen, dafs sie zu therapeutischen Zwecken hinreicht. Über die Stellung derselben zu anderen Applikationsweisen müssen noch weitere Versuche angestellt werden, und es ist zu hoffen, dafs bei der entsprechenden Genauigkeit in der Durchführung dieselben ein gutes Resultat liefern werden.

Herr Petersen: **Albuminurie bei Syphilis.**

Über dies noch wenig bearbeitete Thema existiert eine ausgezeichnete Arbeit von Senator.

Die Albuminurie, im späteren Stadium der Syphilis war schon im Anfang dieses Jahrhunderts bekannt. Man wollte sie jedoch als Folge des Hg ansehen.

Dies ist auch die Ansicht von Kussmaul und Moos.

Dagegen spricht sich 1840 Rayer aus.

Nach Frerichs ist die Albuminurie eine Folge der Kachexie der lang dauernden Syphilis.

Aber schon in frühen Stadien ist öfters Albuminurie nachgewiesen, speziell von französischen Ärzten (Mauriac).

Herr Petersen untersuchte 200 Syphilitiker auf Eiweifs und fand es in 55 Fällen. Dieser Prozentsatz vermindert sich, wenn man die Albuminuria spuria, d. h. den durch zufällige Beimengungen z. B. von Eiter verursachten Eiweifsgehalt abzieht.

Er fand die Eiweifsreaktion

bei Syphilis recens	in 35,9 %
bei Syphilis recidiva	in 21,3 %
bei Spätsyphilis	in 26,3 %.

Wenn man die Albuminuria spuria abscheidet, so erhält man für Albuminuria transitoria

frische Syphilis	9,0 %
recidivierende Syphilis	16 %
Spätperiode	5,3 %,

für Albuminuria vera

recente Syphilis	3,8 %
recidivierende Syphilis	3,8 %
Spätsyphilis	5,3 %.

Bei tertiären Formen ist also die Albuminurie am gröfsten.

Herr Havas (Budapest). **Lichen ruber acuminatus.**

Vortragender hatte in kurzer Zeit zwei Fälle von Lichen ruber acuminatus zu beobachten Gelegenheit gehabt. Der erste Fall, ein 11jähriger Knabe, deckt sich klinisch und histologisch genau mit der von den Franzosen als Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Hauterkrankung. Der zweite Fall, ein 57jähriger Mann, zeigte an den oberen Extremitäten die klassische Form von Lichen ruber planus, i. e. Lichen planus Wilsoni, an der Bauchwand hingegen jene Knötchenformation (Hornkegel), wie sie bei der Devergie-Besnier-Richaud Pityriasis rubra pilaris gefunden und beschrieben wird. Von besonderer Wichtigkeit ist nach Havas bei letzterem Kranken jener Umstand:

dafs im Verlaufe der Erkrankung um die an der Bauchwand befindlichen konischen Knötchen (Hornkegel) ein rosenroter Hof sich entwickelt, welcher im weiteren Verlaufe sich derb infiltriert, braunrot gefärbt wird und so ein konisches Knötchen mit dem bereits erwähnten Hornkegel an seiner Spitze darstellt. Später verflacht sich das Knötchen, der an seiner Spitze sitzende Hornkegel schuppt sich ab und es bleibt eine glänzende Lichen ruber planus-Papel mit ihrer flachen, wachsartig glänzenden Oberfläche zurück.

Zum Schlufs seines Vortrages resumiert Havas folgendermafsen:

1. Dafs nach klinischer Beobachtung und histologischer Untersuchung die von Besnier und Richaud als „Pityriasis rubra pilaris" beschriebenen Formen, ebenso wie die von den Amerikanern als Lichen ruber acuminatus benannten Erkrankungen identisch sind mit jener Krankheitsform, die von Hebra senior als „Lichen ruber" und von Kaposi als „Lichen ruber acuminatus" beschrieben worden ist.

2. Dafs Lichen ruber planus (Lichen planus Wilsoni) und Lichen ruber acuminatus (Hebra-Kaposi), wenn sie auch nach dem Typus ihres Verlaufes und ihres Ansehens Differenzen zeigen, wesentlich einen Prozefs darzustellen scheinen, wie dies der zweite oben erwähnte Fall beweist und

3. dafs die spitze Form der Medikation gegenüber einen gröfseren Widerstand leistet als die plane.

Herr S. Róna (Budapest). **Zur Lichendebatte.**

R. freut sich, dafs Neumann und Hans v. Hebra bezüglich des Havasschen Falles derselben Meinung sind, als es Redner, aber schon vor Monaten (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X. pag. 541), war.

Der erste Fall wurde vom Kollegen Havas im ärztlichen Vereine zu Budapest als Lichen ruber acuminatus — autorisiert von Kaposi — vorgestellt. R. konnte diesen Fall aus folgenden Gründen als nicht verwandt mit Lichen planus ansprechen.

1. Alle Primäreffloreszenzen entsprachen den Mündungen eines Haarfollikels; kein einziges interfollikuläres Knötchen war zu finden. Die Primäreffloreszenzen bestanden aus hirsekorngrofsen, selten gröfseren Erhebungen, welche jenen der Pityriasis pilaris Devergie entsprachen und also teils aus chronisch hyperämierten, teils blassen, von der übrigen Haut nicht abstechenden, konischen, rundlichen Papelchen bestanden. Wo die Effloreszenzen sehr zahlreich waren und stark aneinanderrückten, war die Haut stellenweise chronisch hyperämisch, abschilfernd; dagegen war am Halse ein handbreiter Streifen von dicht gedrängten Knötchen, dessen Hornkegelchen und abgebrochenen Haare so hart waren wie ein Reibeisen; dabei aber waren die Erhebungen nur ichthyotisch-reaktionsfrei und die ganze Strecke blafs, weifs. Am Sternum waren einzelne zierliche, linsengrofse oder gröfsere, silberweifse Hornschuppen, welche abgehoben, einen feuchten, nicht hyperämischen Fleck mit centraler Follikularöffnung zeigten.

2. Trotzdem das Übel schon seit Jahren bestand, bemerkte man nirgends die bei Lichen planus nie ausbleibende, sepiabraune Pigmentation. Man sah des weiteren nicht, wie es bei Lichen planus stets der Fall zu sein pflegt, wie 2—3 Knötchen zusammenschmelzen, einen gröfseren Knoten mit centraler Einsenkung bilden. Man sah nirgends die verschieden grofsen, harten Infiltrate an den Extremitäten, welche unausbleibliche Begleiter eines universellen, jahrelang dauernden Lichen planus sind.

3. Man sah von selbst abgebröckelte, ausgehöhlte, ihres hornigen Inhaltes beraubte Primäreffloreszenzen als weifse, seichte, reaktionslose Grübchen erscheinen.

4. Gar kein Jucken war vorhanden.

5. Die Schleimhäute waren vollkommen intakt.

6. Die histologische Untersuchung zeigte keine Spur einer primären Infiltration der Cutis, wie dies vom Lichen planus allbekannt ist.

Diesen Fall konnte R. als Pityriasis pilaris Devergie auffassen und als nicht verwandt zu Lichen planus ansprechen.

Was den zweiten Fall von Dr. Havas betrifft — den R. auch gesehen hat — mufs R. gestehen, dafs im Anschlusse an einen typischen Lichen planus am Bauche ganz ähnliche Hyperkeratosis follicularis zu sehen war, welche auch die Primäreffloreszenzen der Pityriasis pilaris darstellen. Solche Zufälle sind nicht eben selten bei Lichen planus oder bei Psoriasis vulgaris an den Streckseiten der Extremitäten; aber am Bauche kennen wir nur einen Fall aus der Litteratur — der VII. Fall von Lavergne —, wo Ähnliches vorkommt. Die Ähnlichkeit dieser beiden

Primäreffloreszenzen sind so frappierend, daſs man im ersten Augenblicke in seiner Überzeugung wankend wird. Die Gründe aber, warum R. trotz dieser Ähnlichkeit diese Komplikation als zufällige und nicht als acuminate Lichenefflorescenzen im Sinne KAPOSIS (oder Pityriasis pilaris DEVERGIE) auffaſste, sind folgende: 1. Diese follikuläre Hyperkeratosis war eine sehr vorübergehende, kaum wochenlang dauernde. Auf Arsen bildeten sie sich gröſstenteils zurück, an ihren Stellen aber blieben tief braunrote dermale in der Mitte eingesunkene Infiltrationen, und zwar 3—5 mal so groſs, als die follikulären Knötchen waren. 2. An den abgeheilten, aber so inficierten Stellen bildeten sich keine neue follikuläre Knötchen.

Also auch diesen Fall glaubt R. vorläufig nicht als eine Mischform von Lichen planus und Lichen acuminatus im Sinne KAPOSIS auffassen zu müssen. Der Fall wird übrigens weiter beobachtet.

Herr NEUMANN ist in betreff der Lichenfrage zu folgenden Schlüssen gekommen.

1. Es gibt einen Lichen ruber HEBRA.
2. Es gibt einen Lichen planus.
3. Es gibt eine ähnliche Krankheit: Pityriasis pilaris.

Herr HEBRA hält die Fälle von HAVAS für Pityriasis pilaris, drückt seine Genugthuung über die Erklärung von NEUMANN aus.

In einem Schluſsworte dankt KÖBNER noch einmal den Kollegen aus der Ferne für ihr zahlreiches Erscheinen in Berlin und spricht den Wunsch aus, daſs die durch den Kongreſs geförderten persönlichen Beziehungen reiche Früchte tragen mögen.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März 1890.

(*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 14.)

Dr. ULLMANN stellt ein 2¼ Jahre altes Kind vor mit einem **hereditär luetischen, im Zerfall begriffenen Hautgumma** am linken Vorderarm und Perforation der knorperlichen Nasenscheidewand.

Dr. v. HEBRA stellt einen Fall von **Lepra** vor, welcher durch das Auftreten zahlreicher distinkter, nicht über erbsengroſser und halbkugelig hervorragender Lepraknoten besonderes Interesse bietet.

Prof. KAPOSI stellt einen seit 5 Jahren von ihm behandelten **Leprösen** vor, bei dem beide Augen durch vom Ciliarkörper ausgehenden Lepraknoten zu Grunde gingen trotz Discission der Hornhaut. (?)

Prof. NEUMANN berichtet über einen Fall von **Harnröhrendivertikel**, stellt einen **Kranken mit nässenden Papeln** am Stamm vor und zeigt ein 10jähriges Mädchen, das geschändet worden, und dem bei dieser Gelegenheit ein tiefer **Einriſs am Perineum und an der hinteren Scheidewand** zugefügt war.

Dr. GRÜNFELD stellt einen Kranken vor, der sich durch **Einspritzung einer ½ %igen Kreolinlösung in die Harnröhre eine Ätzung und Verschorfung** fast der ganzen Schleimhaut zugezogen hatte, infolge deren Harnverhaltung aufgetreten war.

Dr. Lukasiewitz stellt einen Mann vor, bei welchem wegen eines mit kallösen Rändern versehenen **Fufsgeschwür die Hauttransplantation** nach Thiersch mit sehr gutem Erfolg ausgeführt war. Aufserdem stellte L. eine Kranke mit **Tuberkulose der Nase** vor, welche zu einer Zerstörung des rechten Nasenflügels und Perforation des Septums geführt hatte. Im Septum Tuberkelbacillen, am lokalen Erkrankungsherd nicht.

Dr. v. Hebra demonstriert sein neues **Glycerinum-saponatum-Präparat**, worüber an anderer Stelle ausführlich referiert wurde.

Sitzung vom 2. April 1890.

(*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 18.)

Prof. Lang spricht über seine **Bubonenbehandlung** mittels Schnitt, Entfernung nekrotisierender Gewebspartien und Anlegung von Naht. Derselbe führt dann einen Kranken vor mit **gangränös phlegmonöser Entzündung im Bereiche des rechten unteren Hypogastriums**, wahrscheinlich veranlafst durch eine rechtsseitige Epididymitis und Funikulitis.

Dr. v. Hebra demonstriert einen Fall von **melanotischem Sarkom** der rechten Schläfe bei einem 50jährigen Manne.

Dr. Ullmann führt einen Fall von **Urethrocystitis blenorrhoica bei einem 6jährigen Knaben** vor, der durch sein an Blenorrhoe leidendes Kindermädchen mifsbraucht wurde. Ferner bringt derselbe aus der Sektion des inzwischen verstorbenen hereditär-syphilitischen Kindes einige die Richtigkeit der Diagnose bestätigende Angaben.

Prof. Neumann stellt einen Fall von **akuter Dermatitis erythematosa et squamosa universalis** vor, welche als Erythema toxicum aufzufassen ist.

Horovitz demonstriert den im Verein mit Zeissl bearbeiteten **Verlauf des Lymphgefäfses des Vas deferens** an 3 Präparaten.

Prof. Kaposi stellt einen Fall vor von **Xeroderma pigmentosum**, der durch rapide und ausgedehnte Karcinomentwickelung, sowie durch die Anwesenheit von zahlreichen Lentigines am ganzen Stamme besondere Beachtung verdient, und einen zweiten Fall derselben Krankheit, der trotz mäfsiger Ausbreitung bereits die Symptome der punkt- und fleckenförmigen Atrophie darbietet. Endlich führt Kaposi eine 54jährige Frau vor, an welcher er trotz der Ähnlichkeit mit Ekzem solche Symptome hervorhebt, welche es wahrscheinlich machen, dafs die Krankheit das Vorstadium der von ihm beschriebenen **Lymphodermia perniciosa** oder gar der **Mycosis fungoides** repräsentiert.

Sitzung vom 4. Mai 1890.

(*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 23.)

Dr. v. Hebra stellt einen Fall von **Lichen planus** wegen des relativ frühen Stadiums der Symptome, einen zweiten Fall von Herpes iris mit charakteristischer Blasenbildung an der Flachhand und Fufssohle vor.

Prof. Kaposi führt als Korollarium einen gleichen Fall von **Herpes iris et circinatus** mit reichlicher Blasenbildung an Flachhand und Fufssohle vor.

Dr. v. Hebra führt das in der letzten Sitzung demonstrierte Kind mit **Pityriasis pilaris** (Devergie) vor und zeigt, dafs ein grofser Teil der Symptome ohne Therapie sich zurückgebildet hat, was für die Richtigkeit der Diagnose spreche.

Dr. Ehrmann zeigt ein hereditär luetisches, mehrmonatliches **Kind mit schuppender Syphilis**, bei welchem als auffallende Erscheinung eine ausgebreitete

Infiltration und Abscedierung des subkutanen Bindegewebes der oberen Extremität sich findet.

Dr. Hochsinger stellt ein **Kind mit Präputialsklerose** vor.

Prof. Kaposi stellt einen Fall von **Pemphigus neurotraumaticus** vor, sodann einen Mann mit ungewöhnlichen Formen von rudimentärem **Naevus angiomatodes et verrucosus striatus** aller Finger und Zehen. Endlich einen merkwürdigen Fall von **akuter Akne des Gesichtes**, welche er, durch die histologische und klinische Beschaffenheit veranlafst, als **Acne teleangiectodes** bezeichnen möchte.

Dr. Ehrmann bespricht unter Demonstration von mikroskopischen Präparaten die von Herxheimer **dargestellten Fasern** in der Epidermis, welche er als fadenförmige Ausläufer von pigmentführenden Wanderzellen erklärt.

Sitzung vom 28. Mai 1890.

(*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 24.)

Dr. Grünfeld stellt einen **Syphiliskranken** vor **mit nässenden Papeln am After und an der unteren Fläche eines schwammartig am Rücken aufsitzenden Tumors.**

Dr. v. Hebra zeigt den von ihm in der letzen Sitzung als **Pityriasis pilaris rubra** demonstrierten Krankheitsfall. Die Erscheinungen der Haut sind unter lokaler Behandlung gröfstenteils zurückgegangen. Nur die Handteller und Fufssohlen zeigen noch leichte Rötung und Abschilferung.

Prof. Kaposi hält den Fall für noch nicht abgelaufen und glaubt, dafs man, um eine Klärung in der strittigen Frage, ob Pityriasis pilaris rubra und Lichen ruber acuminatus identische Prozesse seien oder nicht, was für ihn aber eine ausgemachte Sache sei, herbeizuführen, nicht nur den vorgestellten Fall, sondern auch noch weitere Fälle beobachten müsse. Man darf nicht vergessen, dafs der vorgestellte Fall ein akuter sei, bei Lichen ruber acuminatus es aber auch akut auftretende und rasch verschwindende Eruptionen gibt, anderseits von den unter dem Namen Pityriasis rubra bekannt gemachten Fällen wieder viele lange Jahre bestanden haben und manche erst unter Arsenbehandlung heilten.

Dr. v. Hebra stellt einen Fall von **warzenartiger Verdickung der Hohlhände und Fufssohlen** vor. Die Finger sind trommelschlägerartig verdickt, die Nägel vergröfsert. Als Kind litt die jetzt 27 Jahre alte Kranke an Hyperhidrosis der Füfse und Hände.

Prof. Kaposi setzt auseinander, wie die Entwickelung derartiger Schwielen und Hühneraugen häufig auf Grund vorausgegangener Hyperhidrosis bei Anämischen zu Stande komme.

Dr. Schiff stellt einen Fall von **kompletem Kryptorchismus** und dann ein Kind vor, welches an **hereditärer Lues** leidet. Das 3 Jahre alte Kind zeigte seit der Geburt Erscheinungen von Lues, von welchen Papeln an der Schleimhaut der Mundhöhle, die ganz riesige Dimensionen angenommen haben, jeder Behandlung trotzten. Sie verschwanden nach energischer Ätzung und kamen bald wieder.

Prof. Kaposi demonstriert einen Fall von **excessiver Elephantiasis arabum** einer Extremität **infolge von Lupus vulgaris.** Bei diesem war es zur Phlegmone gekommen. Incisionen hatten den Eiter entleert, infolge des Sublimatverbandes war Intoxikation aufgetreten. Im Wasserbette heilte die Phlegmone rasch.

Prof. Kaposi führt einen Kranken mit **Elephantiasis arabum dorsi manus verrucosa infolge von Lupus vulgaris** vor, welcher wegen dieser beschränkten Lokalisation und excessiven Ausbildung selten ist.

Prof. KAPOSI zeigt sodann ein **kleinpapulöses Syphilid**, das leicht mit **Lichen scrophulosorum** verwechselt werden kann und stellt zwei schon früher demonstrierte und einen neuen Pemphigusfall vor.

Dr. PASCHKIS hält hierauf seinen **Vortrag über Seifen.**

Dreckmann-Recklinghausen.

Besprechungen.

Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte, von Dr. ISIDOR NEUMANN. (*Schnitzler. Klin. Zeit- u. Streitfragen.* Bd. IV.) Der erste, juristische Teil der Arbeit ist von einem Juristen Dr. NOWAK verfafst; der zweite, medizinische, von Dr. NEUMANN. Das Thema wird in eingehender Weise nach allen Richtungen hin erörtert. Die Verpflichtung der Behörden, mit der Prostitution als einem notwendigen, existenzberechtigten Übel zu rechnen, deren Gefahren zu erkennen, zu würdigen und zu bekämpfen wird betont und nachgewiesen; dabei werden praktische Vorschläge gemacht zur Regelung des Verhältnisses zwischen Arzt, Polizei und Prostituierten. Hervorzuheben ist die Forderung NEUMANNS, Besserungsanstalten für Prostituierte zu errichten, wie solche bereits in Frankreich existieren, woselbst sie trotz ihrer geringen Zahl und beschränkten Mittel bereits aufserordentlich viel Gutes geleistet haben. Diese Anstalten sollen denjenigen Mädchen eine Unterkunft bieten, die ihrem lasterhaften Leben entsagen wollen, aber sich dazu unter den bisherigen Verhältnissen nicht stark genug fühlen; aufserdem wären auch solche darin unterzubringen, welche wegen venerischer Krankheiten in Spitals- oder sonstiger Behandlung gewesen sind und als relativ geheilt entlassen werden sollen. Die Unsicherheit, ob die Heilung eine definitive ist, ist eine grofse und verlangt eine weitere Beobachtung, die sich in solchen Anstalten leicht durchführen läfst. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Über das Vorkommen des Lanolins in der menschlichen Haut, von Prof. O. LIEBREICH. (*Ther. Monatsh.* 1890. No. 7.) L. sucht aus der Anwendung gewisser Reaktionen auf Vernix caseosa den Schlufs zu ziehen, dafs das Lanolin in der menschlichen Haut vorkommt, indem die Vernix caseosa nur das Sekret der Hautdrüsen mit abgestofsener Epidermis gemischt ist. *L. Hoffmann-Berlin.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über das Mikrokauterium, von Dr. UNNA. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 29.) In der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 15. April 1890 gab U. einige weitere Indikationen und Modifikationen des Mikrokauteriums, welches er

zur Behandlung der Rosacea empfohlen hatte, an. Bei Lupusresten, zumal bei der ambulatorischen Lupusbehandlung, ist der Mikrobrenner, kombiniert mit folgender Salbe:

Lanolin	10 pp.
Adip. benzoat.	20 pp.
Liq. plumb. subacet.	40 pp.

sehr zu empfehlen, nachdem einmal im Anfange durch Salicylkreosotpflastermull, Auskratzen, Skarifikation oder Ausbrennen die Hauptmasse des Lupus entfernt ist. Dadurch sah sich Unna veranlafst, auch für die Behandlung en bloc im Anfange einen Polymikrokauter mit 12 Spitzen zu konstruieren, der beim einmaligen Einstechen eine Fläche von 1 qcm kauterisiert. Derselbe hat vor einem soliden Brenner von derselben Grundfläche den Vorzug, dafs er 12 minimale Brennschorfe erzeugt, zwischen denen die übrige Haut unverletzt bleibt. Beim gewöhnlichen Mikrobrenner legt Unna Wert darauf, dafs das Ende des Kupferstiftes sehr dünn und nicht zu fein zugespitzt ist, während bei dem Polymikrobrenner jeder Kupferstift am Ende von stärkerem Kaliber und scharf zugespitzt sein soll. Endlich demonstriert Unna noch eine dritte Modifikation seines Mikrobrenners, bei welcher derselbe eine feine, runde Kupferplatte auf einem längeren Stiele trägt. Dieselbe läfst sich bei persistenten Erythemen, Naevi flammei und Lupus erythematosus gut verwenden.

L. Hoffmann-Berlin.

Führungsstäbe zur Einführung von Weichgummikathetern in die Blase und in die Speiseröhre, von Dr. J. Michael in Hamburg. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 32.) Es läfst sich ein Nélaton durch feste Verbindung mit seinem Mandrin in ein starres Instrument sehr leicht verwandeln, wenn sich oben am Mandrin eine spindelförmige Anschwellung befindet, welche etwas dicker ist, als die anzuwendende Katheternummer. Über die Anschwellung wird der Katheter stramm gezogen und verbleibt dann in der ihm gegebenen Stellung. Gesichert wird diese Position dann noch durch einen von hinten nach vorn bis zur Anschwellung gehenden Metallknebel, doch ist der letztere allenfalls entbehrlich. So armiert, dient der Katheter zur Unter suchung wie ein Metallinstrument. Hat er diese Aufgabe erfüllt und liegt er an der richtigen Stelle, so wird unter Fixierung des Mandrins der Knebel zurück — der Katheter nach vorn geschoben, bis über die Anschwellung, dann der Mandrin herausgezogen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über das Aristol, von Dr. Eichhoff. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 28. 29.) Auf Grund mehrfacher Beobachtungen kommt E. zu folgenden Schlüssen:

1. Das Aristol ist ein vollständig ungefährliches Medikament.
2. Es färbt weder die Haut, noch die Wäsche des Patienten.
3. Bei akuter Gonorrhoe, Ulcus molle und Favus ist es ohne Erfolg.
4. Bei Psoriasis, Ekzema parasitarium, Mykosis tonsurans und Sykosis ist es zu verwenden.
5. Bei Ulcus cruris, Lues gummosa, Skrophuloderma, Hautkarcinom, Bubonenwunden, gangränösen Geschwüren und Lupus vulgaris (allerdings nachdem er ulcerierend gemacht ist) ist es ein gutes und zugleich unschädliches Vernarbungsmittel

L. Hoffmann-Berlin.

Über Aristol, von Dr. Alois Pollak in Prag. (*Ther. Monatsh.* 1890. No. 7.) Der Verf. hat das Aristol zur Aufsaugung krankhafter Bildungen benutzt und dabei günstige Resultate zu verzeichnen, so wurde eine Struma congenita parenchymatosa des rechten Schilddrüsenlappens mit folgender Salbe:

Aristol	0,30
Sapon. kalin.	30,0
Aeth.	5,0
Alkohol	5,0

D. S.

abends eingerieben und darüber zur Nacht ein PRIESSNITZ-Umschlag gemacht. Nach 4 Wochen ist die Struma geschwunden. Bei einer Epididymitis dextra wurde eine 10 %ige Aristolvaseline früh und abends dick aufgestrichen, wonach jede Spur von Anschwellung in ca. 14 Tagen schwand. Auch bei Parametritis und tuberkulöser Lymphdrüsenentzündung am Halse sah Verf. günstige Wirkungen. Wesentliche Erfolge erzielte Verf. bei Ekzema marginatum, bei Ulcus cruris varic. und bei einem blennorrhoischen Geschwür im Naseneingange. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die äufserliche Anwendung des Thiols bei Hautkrankheiten, von Prof. E. SCHWIMMER in Budapest. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 19.) S. wandte das Thiol in der Form von Thioli 10,0 Aq. dest. 30,0 an bei: Dermatitis herpetiformis. Herpes zoster, Erythema exsudativum multiforme, Akne vulgaris und rosacea, Ekzema papulosum und pustulosum, Brandwunden. Bei Ekzema madidans wurde das Thiol in 10%iger Salbenform angewandt. In allen Fällen konnte SCHWIMMER eine gute, in einzelnen sogar eine überraschend günstige Wirkung des Mittels beobachten. Gegenüber dem Ichthyol, das sich sonst ebenfalls gut bewährte, hat das Thiol den Vorteil, dafs es geruchlos ist und sich von der Haut und aus der Wäsche verhältnismäfsig leicht entfernen läfst. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über einen Fall von **Sarkom des Testikels.** (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 21.) Dr. RADICE in Neapel teilt einen solchen Fall mit, bei welchem nach vollzogener Semikastration ein Recidiv im Testikel der andern Seite auftrat.

Dreckmann-Recklinghausen.

II. Benigne.

Ein Fall von Lymphangiom der Haut, von Dr. LEISTIKOW. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 29.) In der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 15. April 1890 stellte L. einen 13jährigen Knaben vor, bei dem die Mutter desselben im zweiten Lebensjahre eine etwas verdickte Stelle an der Innenseite des linken Oberschenkels, kurz nachdem sich das Kind durch ein zerbrochenes Nachtgeschirr an dieser Stelle verwundet hatte, vorfand. Die geschwulstartige Verdickung hat sich in den letzten 5 Jahren vergröfsert; man sieht jetzt auf einer weichen, etwas teigig geschwollenen Hautpartie, welche palpatorisch den Eindruck macht, als ob es sich um tief liegende venöse oder Lymphvaricen handelt, die sich unter Fingerdruck entleeren, einige warzenähnliche Knötchen sitzen, welche durchscheinend sind und zum Teil flüssigen, zum Teil halbflüssigen Inhalt zeigen. Eins ist dunkelrot gefärbt und als Hämangiom aufzufassen. Einige sind mit Schüppchen versehen und entsprechen dem von MIBELLI beschriebenen Angiokeratom. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die ambulante Behandlung der Epididymitis mittelst eines neuen Kompressionsverbandes, von Dr. Ed. Arning in Hamburg. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 31.) Im Verlaufe der letzten Jahre hat A. versucht, alle Fälle von gonorrhoischer Epididymitis, selbst im akutesten Stadium durch längere Zeit hindurch gleichmäfsig fortwirkender Stützung und Kompression des Hodens ambulant zu behandeln und hat damit in den meisten Fällen günstige Resultate erzielt. Als Kompressionsmaterial benutzt er gereinigte Schafwolle und zur Stütze des Hodens wendet er ein Suspensorium an, das bei Dobberitz Nachfolger, Grofse Bleichen 16, Hamburg zu haben ist.

L. Hoffmann-Berlin.

Extraktion von fünf abgebrochenen Katheterstücken aus der Blase, von Dr. Rörig in Wildungen. (*Ther. Monatsh.* 1890. No. 8.) Fünf Fälle von abgebrochenen französischen Mercierkathetern, alle von der Firma „de la Motte", deren Enden in der Blase blieben, hat R. zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die Symptome der in die Blasen gelangten Katheterstücke waren in allen 5 Fällen so geringfügige, dafs die Patienten kaum ein gelindes Drücken oder Kneifen gefühlt haben würden, wenn sie nicht gewufst hätten, dafs ein Stück in der Blase sich befand. Die Extraktion dieser fünf Katheterstücke hat R. mit einem hohlen Charrièreschen Lithotriptor ausgeführt.

L. Hoffmann-Berlin.

Die antiseptische Wirkung des Salols auf die Harnorgane bei innerlicher Anwendung desselben, von Dr. Dreifous. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 15.) Verf. erklärt das Salol für ein Mittel von äufserst geringer toxischer Wirkung, welches, durch die Nieren ausgeschieden, seine antiseptische Wirkung auf die Harnorgane ausübt. Dasselbe besitzt eine zweifellose Wirkung auf den Tripper, vielleicht deshalb, weil es den Urin aseptisch oder gar antiseptisch macht. Es wirkt wie eine antiseptische Einspritzung, aber vollkommen und ohne Unannehmlichkeiten. Salol kann eine schmerzstillende Wirkung haben bei Tripper und vielleicht den Eintritt des Tripperrheumatismus verhindern. Nach chirurgischen Eingriffen an Harnröhre und Blase dürfte es zu empfehlen sein, weil es den Urin aseptisch macht.

Dreckmann-Recklinghausen.

In der südungarisch-wissenschaftlichen Gesellschaft berichtet Dr. Tauffer über einen Fall von **Harnträufeln bei einem Weibe,** (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 19.) welches nach einer schweren Geburt durch ein Narbengebilde verursacht wurde, das im Septum urethrovaginale entstanden war und den Uterus in der Retroversion fixierte. Nach einer vierwöchentlichen Massage wurde die Deviation dauernd korrigiert, wodurch der zufolge der Narbe auf die Harnröhre ausgeübte Druck sistierte und das seit 6 Jahren bestandene Harnträufeln aufhörte.

Dreckmann-Recklinghausen.

Verschiedenes.

Receptformeln aus dem Bereiche der Kosmetik.

(*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 12.)

Dieselben sind der Kosmetik für Ärzte von Dr. H. Paschkis entnommen.

Cold-cream:

℞ *Ol. cocos* 50,0
Aq. rosar. 5,0
Ol. rosar. guttam
S = Coldcream.

℞ *Cetacei* 10,0
Ol. Ricini 60,0
Ol. amygdal. 20,0
Ol. odorat. 1,0
S = Eis oder Krystallpomade.

℞ *Lanolin* 10,0
Borac. 1,0
Aq. rosar. 100,0
S = Lanolinmilch.

℞ *Ol. amygdal. dulc.*
Aq. rosar. ℥ 500,0
Cerae
Spermat. ceti ℥ 28,0
Camphor. 56,0
Essent. ror. marin. 1,77
S = Kamphereis.

Kaposis Kalicreme zu Umschlägen bei Sommersprossen:

℞ *Glycerin* 40,0
Ol, rosar.
Ol. flor. aurant. ℥ gtt. 2
Kali carb. sol. 2,5—5—10—20

Für Lilionèse (ein bekanntes Geheimmittel bei Seborrhoea faciei, Komedonen und Akne) gibt er unter anderen folgende Vorschrift an:

℞ *Kali carb.* 10,0
Aq. dest. 100,0
Ol. aeth. cinnam gtt. 2
Ol. aeth. rosar. gtt. 1
S = Die Haut mit einem in die Flüssigkeit getauchten Schwämmchen abzuwaschen.

Bei Warzen und Hühneraugen:

℞ *Acid. salicyl.* 5,0
Acid. lactic. 5,0
Collod. 20,0
S = Mit einem Pinsel aufzutragen.

Zur Haarpflege:

℞ *Kali carb.* 2
Aq. dest. 100
S = Schuppenwasser.

Ferner, sehr milde:

℞ *Sapon. oleac.* 10,0
Spir. vini gall. 100,0
Aq. colon. 50,0

Hebras Schuppenwasser:

℞ *Spir. aether.* 100,0
Arae benzoes 15,0

Dreckmann-Recklinghausen.

Über einen Fall von Hg-Vergiftung, von Dr. Créquy. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 15.) Bei einer Frau, bei welcher der künstliche Abortus eingeleitet wurde, machte C. Sublimatinjektion in der Stärke von 2:1000 (Warum so koncentriert? Ref.). Es traten die bekannten Intoxikationserscheinungen auf, die aber nach einiger Zeit verschwanden; die Frau wurde wieder gesund. C. meint, eine Hauptursache, warum nicht noch öfter Hg-Vergiftungen beobachtet würden, sei, dafs man sich häufig für Hg-Lösungen metallener Gefäfse bediene, was denselben ihre Hauptwirksamkeit benähme. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 7. 1. Oktober 1890.

Vaccine-Exantheme.

Von

Malcolm Morris
in London.

Vorgetragen bei der Jahresversammlung der British Med. Assoc. in Birmingham 1890

Es ist sehr angebracht, eine so wichtige Frage wie diejenige von den Impfexanthemen bei der Jahresversammlung der British Medical Association zu diskutieren, und besonders passend ist es, diese Diskussion hier in der dermatologischen Sektion abzuhalten, da wir ja den Vorteil haben, einen Präsidenten zu besitzen, welcher so bedeutend zur Aufhellung der dunklen Punkte auf pathologischem Gebiete beigetragen hat. Dafs wir durch Herrn Hutchinsons reiche Erfahrung unterstützt werden, bildet ein grofses Gegengewicht gegen die Unzulänglichkeiten dieses einführenden Vortrags.

Um irgend welchen Zweifeln betreffs meiner eigenen speciellen Ansicht die Vaccination betreffend zu begegnen, darf ich zunächst erklären, dafs ich an deren Wert als des einzigen wahren Schutzmittels gegen Variola fest glaube, und gerade weil ich hiervon fest überzeugt bin, glaube ich, dafs man keine Mühe scheuen soll, um das Wesen der gelegentlich bei der Impfung auftretenden Ausschläge kennen zu lernen.

Nur durch die aus einer genauen Diagnose geschöpften Kenntnisse können wir jemals hoffen, einen Standpunkt zu erreichen, von welchem aus wir mit Bestimmtheit über den Gegenstand urteilen können. Die dabei zu beobachtenden Erscheinungen sind so mannigfaltig, und die zu lösenden Fragen so verwickelt, dafs es unmöglich ist, in einem kurzen, einleitenden Vortrage dem ganzen Gegenstand gerecht werden zu wollen. Deshalb will ich lieber versuchen, Ihnen einige wohl präzisierte Momente zur Diskussion vorzutragen, wobei ich vorläufig viele interessante Nebenfragen unerwähnt lasse. Die aufserordentliche Spärlichkeit der einheimischen Litteratur über diesen Gegenstand ist einesteils der Furcht vor

Beeinträchtigung des systematischen Impfens durch etwaige ausführliche Berichte über ungewöhnliche Erscheinungen zuzuschreiben, anderenteils erklärt sie sich durch den Umstand, dafs glücklicherweise solche Ausschläge im grofsen und ganzen durchaus selten vorkommen. Dem entgegen möchte ich betonen, dafs man die Pflicht hat, so weit wie möglich jede von dem als normal geltenden Verlauf abweichende Erscheinung zu verzeichnen.

Ohne weitere Einleitung gehe ich nun zu der Frage von der Klassifizierung der Impfausschläge über. Es sind in dieser Richtung schon einige Versuche gemacht worden, indessen mit nur unvollständigem Erfolg. Bisher ist die Behrendsche Einteilung [1] die wichtigste; dieselbe scheidet die Ausschläge in lokale und universelle. Hierin ist ihm Crocker [2] bei seiner Besprechung des Gegenstandes gefolgt. Es scheint mir aber entschieden notwendig, die Sache von einem anderen Standpunkte aus zu betrachten, schon aus dem Grunde, weil es einige Ausschläge gibt, welche sich aus lokalisierten zu universellen entwickeln können. Die moderne Pathologie lehrt uns, dem ätiologischen Faktor bei der Entstehung der Krankheiten ein gröfseres Gewicht beimessen als den blofsen klinischen Unterschieden.

Von diesen Betrachtungen ausgehend, proponiere ich die Aufstellung zweier Hauptgruppen:

1. Die auf reiner Vaccine-Impfung beruhenden Ausschläge.
2. Die durch eine Mischinfektion hervorgerufenen Exantheme, d. h. solche, bei denen gleichzeitig mit der Vaccine noch ein anderes Virus auf den Körper einwirkt.

Offenbar lassen sich unter diesen zwei Rubriken alle Arten von Exanthemen einreihen, und es wird jetzt weiter mein Bestreben sein, an verschiedenen Unterabteilungen zu zeigen, wie dies möglich ist.

Gruppe I:

Die auf reiner Vaccine-Impfung beruhenden Ausschläge.

A. Sekundäre, lokale Verimpfung von Vaccine.

B. Ausschläge, welche innerhalb der ersten drei Tage und vor der Entwickelung der Bläschen hervortreten.

Urticaria — Erythema multiforme — Vesikulöse und bullöse Ausschläge.

---

[1] G. Behrend, *Trans. Intern. med. Congress.* 1881 und *Amer. Arch. Dermat.* Oktbr. 1881.

[2] H. Radcliffe Crocker, *Diseases of the skin.* 1888. pag. 270.

C. Ausschläge, welche sich erst nach der Bläschenbildung entwickeln, als Folge der Resorption des Virus.

1. Roseola — wie Masern
   Erythem — wie Scharlach
   Purpura.
2. Universelle Vaccine, „Vaccine généralisée".

D. Ausschläge, welche als eine Folgekrankheit der Impfung auftreten.

Ekzem, Psoriasis, Urticaria etc.

Gruppe II:

Die auf Mischinfektion beruhenden Ausschläge.

A. Inokulation des Giftes gleichzeitig mit der Impfung mit Vaccine.

a. Resultat ein lokales Hautleiden: Impetigo contagiosa — Erythema.

b. Resultat eine konstitutionelle Krankheit: Syphilis — Lepra (?) — Tuberkulose (?).

B. Einverleibung des Virus, nicht gleichzeitig mit der Vaccination, sondern später durch die gesetzte Hautverletzung erfolgend.

1. Erysipel. — 2. Phlegmone. — 3. Furunkulose. — 4. Gangrän. — 5. Pyämie.

Gruppe I.

Auf eine Impfung mit reiner Vaccine folgende Ausschläge.

A. Sekundäre lokale Inokulationen.

Es ist hierunter die Einverleibung des Vaccinevirus der Impfbläschen an anderen Stellen der Haut zu verstehen. Ein derartiger Vorgang kann sich nur in der beschränkten Periode bis zur Entwickelung der Immunität vollziehen. Es herrscht grofse Verschiedenheit unter den Ansichten der Autoren über die genaue Zeit, wann die Lymphe an dem geimpften Individuum ihre specifische Wirkungsfähigkeit zu besitzen aufhört.

B. Ausschläge, welche sich innerhalb der ersten 3 Tage vor der Bildung der Bläschen entwickeln.

Die Entstehung dieser Ausschläge ist in der Weise zu erklären, dafs dieselben durch reflektorische Nerveneinwirkung von den behandelten Teilen her bedingt sind. Als Beweisgründe für diese Auffassung ist anzuführen, erstens, dafs ähnliche Ausschläge öfters nach geringfügigen lokalen Nervenreizungen entstehen, und zweitens, dafs diese Exantheme zu bald

nach der Ausführung der Impfung entstehen, als dafs es möglich wäre, dafs die Resorption des Virus schon irgend eine konstitutionelle Veränderung hervorrufen könnte.

C. Die nach der Bläschenbildung als Wirkung der Resorption des Virus entstehenden Exantheme.

Die beiden ersten dieser universellen Exantheme scheinen in der frühesten Periode der Schutzimpfung häufiger beobachtet worden zu sein, als dies heutzutage der Fall ist. Bei beiden Arten zeigt sich der Ausschlag gewöhnlich zwischen dem 8. und dem 10. Tage zunächst in der Umgebung der Bläschen und breitet sich schnell über Rumpf und Extremitäten unter Entwickelung einiger unbedeutender Allgemeinerscheinungen aus. Diese Umstände deuten darauf hin, dafs derartige Exantheme durch den weitverbreiteten Einfluſs, den das Vaccinevirus selbst auf die vasomotorischen Nerven ausübt, bedingt sind.

Die Entstehung von Purpuraflecken hierbei ist analog derselben Erscheinung bei anderen Exanthemen.

Der interessanteste Teil dieser Gruppe ist derjenige, bei welchem man es mit einem allgemeinen Ausbruch von Bläschen von identisch demselben Aussehen wie die Vaccinebläschen selbst zu thun hat. Der Ausbruch findet plötzlich und erst in einer späteren Periode statt. Es sind bereits so zahlreiche Fälle beschrieben, dafs die Existenz eines derartigen Ausschlags nicht geleugnet werden kann. In der That ist es vielmehr merkwürdig, dafs derselbe sich nicht häufiger einstellt, denn die Schutzimpfung stellt nicht eine bloſs lokale infektiöse Krankheit dar, sondern im Gegenteil ein den gesamten Organismus affizierendes Leiden, und in dieser Hinsicht zeigt sie eine Analogie mit Variola. Bekanntlich entwickelte sich nach der prophylaktischen Einimpfung der Pocken oftmals ein universeller Ausschlag, was einen der Hauptgründe abgab, diese Maſsregel fallen zu lassen; es ist aber darum schwer zu erklären, wodurch es kommt, dafs eine ähnliche Eruption bei der Vaccineimpfung so selten beobachtet wird. Wie es scheint, haben die Keime der Variola eine gröſsere Affinität zu der Haut als die der Vaccine. Durch irgend eine specifische Einwirkung aber, sei dieselbe äuſserer oder innerer Art, mag wohl eine Änderung der Haut hervorgebracht werden, so dafs sie zu einem für die Entwickelung der Keime geeigneteren Boden auf diese Weise umgestimmt wird.

Hebras Experimente bei Variola mit Crotonöl sprechen für diese Auffassung. Aber die Veränderung kann von innen ebenso gut wie von auſsen her durch die schon erwähnten vasomotorischen Einwirkungen entstehen.

D. Die als Folgekrankheiten der Impfung entstehenden Ausschläge.

Es ist eine wohl erwiesene Thatsache, dafs nach vielen der Infektionsfieber, z. B. Scarlatina, Masern, Variola etc. gewisse Hautkrankheiten sich mit Vorliebe entwickeln. Auf ähnliche Weise folgen Ausschläge gelegentlich auf die Kuhpockenimpfung. Am häufigsten kommen Ekzem und Urticaria vor, aber auch von Psoriasis und Pemphigus sind manche Fälle beobachtet worden. Wenn wir die Auffassung, dafs Ekzem und Psoriasis durch Keime hervorgerufen werden, gelten lassen, so kann man sich vorstellen, dafs ein infektiöses Fieber möglicherweise entweder durch Änderung der Gewebe oder der Sekrete einen für die Entwickelung der Keime günstigeren Zustand schaffen könne. Zum Beweise, dafs die Vaccine eine gewisse derartige Einwirkung auf die Haut oder deren Sekrete thatsächlich auszuüben imstande ist, könnten viele Beispiele von plötzlichem Verschwinden eines ausgedehnten Ekzems nach der Impfung angeführt werden, genau analog dem Vorgang bei den anderen specifischen Infektionsfiebern mit ausgesprochener Lokalisierung in der Haut, als deren Paradigma Variola genannt werden kann.

Gruppe II.

Die Ausschläge, welche auf einer Mischinfektion, d. h. der Verbindung der Vaccine mit irgend einem anderen Keim beruhen.

A. Gleichzeitig mit der Vaccination,

B. Im späteren Verlauf nach der Impfung, aber durch die Hautverletzung aufgenommene Krankheitskeime.

A. Klasse a. mit lokaler Störung.

„ b. mit konstitutioneller Krankheit.

Die zur Gruppe A (a und b) gehörigen Ausschläge besitzenein gemeinsames Merkmal, wodurch wir (infolge der entstehenden Epidemieen) in den Stand gesetzt sind, die Quelle des hinzutretenden Virus zu erkennen, auch ohne dafs wir zur Zeit den specifischen Keim nachweisen können. Wenn ein fremder Keim mit der Lymphe vermischt und gleichzeitig auf sehr viele Kinder eingeimpft wird, so wird unvermeidlich eine Epidemie eines solchen Leidens entstehen, während dort, wo die Vergiftung erst nach erfolgter Impfung stattfindet, dieselbe nur an einigen, vereinzelten Fällen zum Vorschein kommen wird.

Die erste unter der Abteilung A zu besprechende Krankheit ist die kontagiöse Impetigo, welche mit dem Vaccinevirus zusammen eingeimpft werden, sich in den Bläschen weiter entwickeln und durch Selbstinfektion auf alle Teile der Haut weiter ausbreiten kann. Die Bläschenbildung wird dadurch nicht gestört.

Eine fernere lokale Affektion ist die Dermatitis oder ein Erythem, welches von dem umgebenden Hofe ausgehend über ein beschränktes Ge-

biet sich ausbreitet und mit einem scharf abgeschnittenen Rande endigt. Diese Dermatitis wird oftmals als richtiges Erysipel bezeichnet, da dieselbe aber niemals nach anderen Hautteilen sich überträgt, so ist sie thatsächlich blofs als eine lokale Dermatitis anzuerkennen. Es ist möglich, dafs diese lokale Affektion nur eine notwendige Äufserung des reinen Vaccinevirus darstellt, oder aber, dafs dieselbe durch irgend einen reizenden Mikroorganismus bedingt ist. Die früheren Autoren JENNER, CEELY u. a. nahmen die erstere Erklärung als richtig an, da aber heutzutage die Affektion so selten beobachtet wird, so scheint die zweite Auffassung mehr Wahrscheinlichkeit für sich zu haben.

b. Mit dem Resultate eines konstitutionellen Leidens.

Den zu dieser Gruppe gehörigen Krankheiten hat man stets die gröfste Beachtung geschenkt, sowohl wegen ihrer konstitutionellen Natur als auch wegen der möglichen Folgen. In Bezug auf Syphilis sind viele Beobachtungen bereits mitgeteilt worden, und die Thatsache, dafs dieselbe durch die Vaccineimpfung übertragen werden kann, ist nicht zu leugnen. Durch die Beobachtungen von HUTCHINSON u. a. ist die Sache über jedem Zweifel erhaben sicher gestellt.

Ich beabsichtige nicht, diesen Gegenstand in seinen Details zu besprechen, sondern ich führe denselben nur an, um die Klassifizierung zu vervollständigen. Ich hebe deshalb nur die Frage für die Diskussion hervor: läfst sich die Syphilis in ihren Latenzstadien durch die Impfung übertragen? Nach der Seltenheit der Impfsyphilis im Vergleich zu der angeerbten Form des Leidens zu urteilen, scheint es wahrscheinlich, dafs, wenn reine Lymphe benutzt wird, die Syphilis dann nicht aufserhalb der Eruptionsstadien übertragen werden kann.

Lepra und Tuberkulose sind in dieser Unterabteilung miteinbegriffen worden, weil dieselben überimpfbare Krankheiten sind, wenn auch nicht in demselben Mafse wie die Syphilis. In einigen Lepragegenden ist die Meinung vorherrschend, dafs die Krankheit durch die Kuhpockenimpfung verbreitet werde. Obgleich von den meisten Autoren dieser Gegenstand in ziemlich allgemeiner Ausdrucksweise erwähnt wird, so habe ich nur zwei, solche Fälle betreffende Publikationen auffinden können. DAUBLER verzeichnet die Thatsache, dafs Lepra durch Vaccination übertragen worden ist. Er sagt, er habe auf Robben-Island zwei Fälle beobachtet, bei denen er nachweisen könne, dafs die Lepra durch kein anderes Mittel als eben die Übertragung von einem Individuum auf das andere, also durch die Impfung ihnen beigebracht wurde. Die Beobachtungen des, die Impfung ausführenden Arztes stimmten vollständig mit denen der einen der beiden Patientinnen überein. Beide Kranke wurden gleichzeitig von demselben Arzte geimpft; sie waren beide nicht lange in der Anstalt gewesen, und dem Arzte waren die abnormen Erscheinungen in den Äufserungen der

Lepra aufgefallen, ehe er wufste, dafs eine Wiederimpfung stattgefunden hatte. Er sagte DAUBLER, er habe diesbezügliche Nachforschungen bei den Patientinnen und bei anderen angestellt.

Der erste Fall betraf eine 30jährige verheiratete Frau, die vor dem Zeitpunkt der Wiederimpfung niemals irgend welche Zeichen von Lepra dargeboten hatte, und in deren Familie, so viel man eruieren konnte, keine Spur davon jemals vorhanden gewesen war. Sie hatte ein Kind, das jetzt im zwölften Jahre stand und vollkommen gesund war. Sie hatte sich infolge des Ausbruchs einer Pockenepidemie wieder impfen lassen. Während der zwei nächsten Monate nach der Vaccination hatte sie über ein zeitweiliges Gefühl von Kälte und viel Durst zu klagen, die Urinmenge war vermindert, und sie fühlte sich schwach und matt. Die Impfstellen schwollen an und nahmen eine braune Farbe um diese Zeit an. Die Affektion breitete sich an den Armen unter Auftreten von Pigmentierungen weiter aus, und mit der Zeit traten nach deutlichen Schüttelfrösten braune Flecke an den Wangen und der Stirn auf. Die Krankheit wurde so schlimm, dafs sie zwei Jahre darauf nach dem Leprahospital auf Robben-Island transportiert wurde.

Der zweite Fall betraf ein 15jähriges Mädchen aus gemischter Ehe, das aus demselben Orte wie die andere Patientin stammte, und in dessen Familie Lepra niemals vorher vorgekommen war. Bis zur Revaccination soll sie völlig wohl gewesen sein. Während der nächsten zwei Monate nach dieser Operation bot sie ähnliche Symptome wie der erste Fall dar; am Ende dieser Zeit zeigten sich dunkle, prominente Flecke auf der Stirn und den Wangen und drei Monate später waren lepröse Läsionen auf der Stirn vollkommen charakteristisch entwickelt. Zur Zeit der Beobachtung hatte das Leiden $3^1/_2$ Jahr bestanden.

Diese Fälle scheinen sorgfältig erforscht worden zu sein, und der Beschreibung sind Photogramme beigegeben.[3]

Aufserordentlich zweifelhaft ist es, ob die Tuberkulose jemals durch die Vaccination übertragen wurde. Selbst das Vorkommen von Lupus in dem Narbengewebe ist, soviel ich weifs, noch nicht beobachtet worden. Die einzige verdächtige Läsion mag wohl MORROWS[4] sogenanntes Himbeergeschwür sein. Ich habe ein Beispiel dieses fungösen Gewächses gesehen, aber ich bin nicht in der Lage, über dessen wirkliches Wesen zu sprechen, da eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde.

---

[3] DAUBLER, Über Lepra und deren Kontagiosität. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. VIII. pag. 123.

[4] MORROW, On the incidental Effects of Vaccination. *Journ. of cutan. and ven. dis.* März 1883. pag. 169.

B. Die Einverleibung hat nicht zur Zeit der Vaccination, sondern später durch die gesetzte Hautverletzung stattgefunden.

1. Erysipel. Wirkliches Erysipel kommt gelegentlich vor. Dasselbe unterscheidet sich von der vorhin erwähnten, lokalen Dermatitis durch die chakteristische Randzone, die Schwellung und Spannung der Haut, das hohe Fieber und die allgemeine, konstitutionelle Störung, sowie durch die Geschwindigkeit der Ausbreitung über Extremitäten und Rumpf. Wir können freilich nicht annehmen, dafs die Kokken des Erysipels in der normalen menschlichen oder Kälberlymphe existieren. Auch sind mir keine Fälle von Erysipelepidemieen bekannt. Somit sind wir gezwungen anzunehmen, dafs die Fälle von wahrem Erysipel erst nach der Impfung durch Verunreinigung der Wunde entstehen.

2. Phlegmone ist sogar noch seltener als Erysipel, ein Umstand, welcher sehr zu Gunsten einer Spätinfektion spricht.

3. Gelegentlich sieht man Furunkel nach Ende der ersten Woche nicht nur in der Nähe der Pusteln, sondern auch an anderen Teilen des Körpers entstehen.

4. Gangrän. Es ist über Fälle berichtet, bei denen die Vaccinepusteln von Gangrän befallen wurden, sogar mit Ausgang in ausgedehnte Nekrose. Ferner hat Hutchinson[5] über einen merkwürdigen Fall berichtet, bei welchem die universell gewordene Vaccine in Gangrän überging. Eine Erklärung der Entstehung einer Gangrän zu geben ist in keinem Falle leicht, aber ich glaube nicht, dafs bei den Impffällen dieselbe auf die sogenannte ungesunde Konstitution des Kindes zurückzuführen sei, noch auch dafs der Keim — wenn es überhaupt einen specifischen Gangränkokkus giebt — gleichzeitig mit der Lymphe einverleibt werde.

5. Pyaemie. Diese Komplikation ist so selten, dafs man fast berechtigt wäre, dieselbe von der Liste auszuschliefsen. Sie wird veranlafst durch die Einführung von Eiterkokken in die Wunde mit nachträglicher Resorption in die Gewebe.

Schlufsfolgerungen.

Man wird vielleicht finden, dafs ich diese wichtige Frage der Impfexantheme ausschliefslich von einem theoretischen Standpunkte aus besprochen habe, aber wenn die hiermit von mir aufgestellte Einteilung sich auf zuverlässigen Voraussetzungen und Angaben gründet, so bin ich berechtigt, daraus bestimmte praktische Schlüsse zu ziehen. Es ist von vorneherein einleuchtend, dafs die in die verschiedenen Gruppen eingereihten

[5] *Brit. med. Journal.* 1879. pag. 960. Ferner Stokes: *Brit. med. Journal.* 1880. pag. 852.

Ausschläge mit Bezug auf die Prophylaxe ganz verschiedene Stellungen einnehmen. Wenden wir uns zunächst der Gruppe II zu.

Jeder zu dieser Gruppe gehörige Ausschlag sollte bei gehöriger Vorsicht zu verhüten sein, denn es muſs unser hauptsächliches Bestreben sein, stets nur reine Vaccine zu benutzen.

Abteilung B. Diese Krankheiten, d. h. diejenigen, welche durch die entstehende Hautverletzung beigebracht werden, können am besten durch strenge antiseptische Behandlung verhütet werden; dieselbe ist sogleich zu instituieren, wenn die Bläschen den Zustand der Reife erreicht haben, und muſs fortgesetzt werden, bis die Wunden verheilt sind.

Unterabteilung b. Ich bin der Ansicht, daſs wir jetzt imstande sind, mit absoluter Sicherheit die Übertragung dieser Krankheiten auszuschlieſsen, sei es durch den Gebrauch der Kälberlymphe oder durch eine umsichtige Auswahl derjenigen Kinder, von denen die Lymphe entnommen wird. Animale Lymphe sollte nicht eher benutzt werden, als bis der Nachweis für die Gesundheit des betreffenden Kalbes durch die Autopsie geliefert worden ist, um die Gefahr einer Übertragung von Tuberkulose zu verhüten.

Unterabteilung a. Etwas eingehendere Überlegung erfordert die Entscheidung, wie man die Verunreinigung des Vaccinevirus mit diesen Keimen verhindern soll. Jedenfalls muſs man dafür sorgen, daſs die Lymphe nicht von einem Kinde oder Kalbe entnommen werde, an denen der geringste Verdacht dieser Krankheiten haftet.

Die meisten Ausschläge der ersten Gruppe sind wir nicht in der Lage zu verhindern, weil sie ja durch reine Lymphe entstehen. Glücklicherweise sind die Ausschläge auſserordentlich selten und im ganzen nicht von erheblicher Bedeutung mit Ausnahmen allein der sekundären lokalen Überimpfungen, welche aber durch antiseptische Maſsregeln und Beschützung der Bläschen verhütet werden können.

Was das Ekzem und andere auf die Impfung folgenden Hautkrankheiten betrifft, so ist es unmöglich, Vorschriften zu deren Verhütung aufzustellen; aber in den einzelnen Fällen läſst sich durch eine auf den modernen dermatologischen Prinzipien basierte Behandlung bei sofortiger Inangriffnahme viel ausrichten.

Empfehlenswerte Maſsregeln zur Verhütung von Impfexanthemen.

1. Man bediene sich womöglich nur der reinen, animalen Lymphe.

2. Es ist wünschenswert, die Impfung der Kinder nicht später als sechs Wochen nach der Geburt vorzunehmen.

3. Sobald die Bläschen sich entwickelt haben, sind sofort sorgfältigste Maßregeln für Asepsis und zum Schutze derselben zu treffen.

4. Die Impflinge sollen bis zur Verheilung der Narben unter der Beobachtung des impfenden Arztes bleiben.

5. Ekzem, Psoriasis und andere Hautkrankheiten sollen alsbald nach ihrem Erscheinen eine passende Behandlung erhalten.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI in Nieheim.)

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kommunehospital in Kopenhagen.

Über das Auftreten von Herpes zoster während Arsenikbehandlung.

Von

LUDWIG NIELSEN,
Sekundärarzt am Kommunehospital zu Kopenhagen.

Von Zeit zu Zeit sieht man, daß Patienten während einer kürzeren oder längeren Behandlung mit Arsenik Herpes zoster bekommen; in der größten Zahl der bekannten Fälle hat sich der Zoster während der Anwendung dieses Mittels gegen Lichen ruber gezeigt [1], so hat unter anderen H. HEBRA 2 solche Fälle gesehen, KAPOSI [2] im ganzen 3; doch sind auch Fälle von Zostereruption bei Arsenikbehandlung anderer, sehr verschiedener Krankheiten mitgeteilt, wie Psoriasis (JULIUSBURGER [3] — zugleich in 2 Fällen von Lichen ruber), Chorea (BÓKAI [4] — 3 Fälle), Nervosität nach Spermatorrhoe (EPSTEIN [5] — 1 Fall). Übrigens verhält sich

---

[1] H. HEBRA, *Die krankhaften Veränderungen der Haut.* 1884. pag. 204.

[2] KAPOSI, Bemerkungen über die jüngste Zosterepidemie und zur Ätiologie des Zoster. *Ergänzungsheft z. Arch. f. Dermat. u. Syph.* Jahrg. XXI. 1889. pag. 57—72. (Verhandlgn. d. dermatol. Kongr. in Prag mit Diskussion.)

[3] JULIUSBURGER, Über das Auftreten von Herpes zoster bei Arsenikgebrauch. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884. Separat-Abdruck. pag. 97—104. Hierin Litteraturverzeichnis.

[4] G. BÓKAI jun., Drei Fälle von Chorea minor. Arsenbehandlung. Herpes zoster. Referat in *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. VIII. pag. 39.

[5] E. EPSTEIN, Über Zoster und Herpes facialis und genitalis. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1886. pag. 787—88.

der Zoster nach den Angaben der Verfasser unter diesen Umständen ganz wie gewöhnlich, und namentlich recidiviert er nicht nach der Heilung trotz fortgesetztem Arsenikgebrauch, und die Patienten bieten sonst keine Zeichen von Intoxikation dar.

Die Auffassungen der einzelnen Verfasser von der Relation zwischen Arsenik und Zoster, die sich also nur auf das relativ häufige Zusammentreffen stützen, sind deswegen auch sehr geteilt. Mehrere Verfasser (Kaposi, James White und andere) sehen hierin ein zufälliges Zusammentreffen ebenso wie Juliusburger, welcher doch dies sonderbar findet, weil die Patienten oft Monate voraus im Krankenhause verweilt haben, wo „selbst das von einzelnen Autoren herbeigezogene Moment der Infektion auszuschliefsen ist.“ Auch Kopp [6] glaubt eher an eine zufällige Coincidenz, da kein wirklicher Beweis für ein Abhängigkeitsverhältnis geliefert ist; Neisser [7], der eine weit gröfsere Anzahl Zosterfälle nach reichlichem Arsenikgebrauche gesehen hat als Kaposi, ist unsicher, ob eine Relation dazwischen ist, und endlich sehen andere Verfasser (H. Hebra, Epstein, Bókai, Hutchinson [8] u. a.) ein Ursachsverhältnis zwischen Arsenikbehandlung und Zoster.

Bei der Benutzung der Krankenjournale des Kommunehospitals über Psoriasis von 1864 bis (einschliefslich) 1889 für eine Abhandlung über diese Krankheit, ist es uns aufgefallen, dafs eine verhältnismäfsig nicht geringe Anzahl Patienten mit dieser Krankheit, die ja gewöhnlich mit Arsenik behandelt werden, von Herpes zoster befallen sind. Wir wollen daher die Umstände in diesen Fällen näher mitteilen.

Von den 777 Fällen von Psoriasis (bei 514 verschiedenen Individuen), die im genannten Zeitraum wegen dieser Krankheit beobachtet wurden, [9] sind 557 Fälle (390 verschiedene Individuen) in kürzerer oder längerer Zeit mit Arsenik behandelt worden [10] (aufserdem mit äufserlicher Behandlung); in den übrigen (220) Fällen ist namentlich Jodkalium in grofsen

---

[6] Kopp, *Die Trophoneurosen der Haut.* Wien 1886. pag. 103.

[7] In der Diskussion über Kaposis Vortrag a. a. O. pag. 67.

[8] J. Hutchinson, The study of skin diseases as illustrating the doctrines of general pathol. *Brit. med. Journal.* 1887. 23. u. 30. July. pag. 229.

[9] In diesem Zeitraum sind noch 150 Patienten mit Psoriasis in der Abteilung aufgenommen worden, aber keine von diesen sind behandelt worden, einzelne, weil sie nach einem oder mehreren Tagen von der Abteilung entfernt wurden, namentlich wegen Delirium tremens, der gröfste Teil aber, weil die Psoriasis nur als eine zufällige und unbedeutende Komplikation gewöhnlich bei venerischen Krankheiten, für welche die Patienten das Krankenhaus suchten, aufgetreten ist.

Zwischen diesen 150 Patienten fand sich Zoster nur einmal, gerade vor der Aufnahme entstanden, bei einem Kranken mit chronischer Gehirnsyphilis; bei keinem von diesen Patienten entstand Zoster im Krankenhause selbst.

[10] Entweder mit Arsensäure oder mit den Kali- und Natronsalzen in Pillen oder in Lösung; nur in verhältnismäfsig wenigen Fällen ist Arsenik in der letzten Zeit subkutan benutzt worden.

Dosen oder allein äufserliche Behandlung, oder, in sehr wenigen Fällen, andere Mittel (wie Karbolpillen) verwendet worden.

In 10 von allen Fällen zeigte sich Herpes zoster nach kürzerer oder längerer Behandlung im Krankenhause, und zwar nur bei Patienten, die mit Arsenik behandelt wurden; aufserdem gab eine Patientin, die zu Hause bis zur Aufnahme ins Hospital Arsenik gebraucht hatte, an, dafs sie kurze Zeit vorher einen Zoster überstanden hatte. Wird dieser letztere Fall, der nicht direkt observiert ist, nicht mitgenommen, hat sich also Zoster unter unseren (557) Psoriasisfällen, die einer Arsenikbehandlung unterworfen gewesen sind, in 1,8 % gezeigt, während er garnicht unter den 220 Patienten, die unter einer anderen Behandlung gewesen sind, aufgetreten ist. Ebenso wie der Zoster unter gewöhnlichen Verhältnissen nur sehr selten mehr als einmal bei demselben Individuum vorkommt, so hat er sich auch in diesen Fällen nur einmal bei derselben Person gezeigt, und da die genannten 557 Fälle auf 390 verschiedene Individuen verteilt waren, hat also 1 von 39 Individuen, die mit Arsenik behandelt worden sind, Herpes zoster bekommen (2,6 %).

Nur bei 2 Patienten (s. Kasuistik No. 8 u. 10) wurde die Arsenikbehandlung seponiert, bezw. 3 und 2 Tage vor Ausbruch des Zoster, bei allen übrigen wurde sie fortgesetzt, während und nach demselben. Die Dauer der Arsenikbehandlung vor dem Ausbruch des Zoster war sehr verschieden, bei 7 Patienten hatte sie einen Monat und darüber gedauert (bis 3½ Monat — No. 3), bei 3 von 9 (No. 9) bis 25 Tage. Leider kann die gesamte Arsenikmenge, welche die Patienten in dieser Zeit bekamen, nur in einem einzelnen Falle (No. 10) genau angegeben werden; sie belief sich in diesem Falle zu 14¼ mgr Arsen. natric. Nur ein Patient (No. 10) bekam Cardialgie und ein urticariaähnliches Exanthem vor dem Ausbruch des Zoster, und ein anderer Patient (No. 3) vorübergehenden Durchfall, sonst zeigte keiner Zeichen von Arsenikintoxikation. Trotz der in den meisten (8) Fällen nach dem Ausbruche des Zoster fortgesetzten Arsenikbehandlung bekam keiner der Patienten eine spätere Eruption derselben, ebenso wenig, wie jemand von denjenigen Patienten (No. 1, 2, 8 u. 9), die bei späterer Aufnahme ins Krankenhaus — ein einzelner (No. 1) sogar dreimal — wieder mit Arsenik behandelt wurden.

Die Fälle von Zoster sind auf die 25 Jahre ziemlich gleichmäfsig verteilt gewesen, indem sie meistens mit einem Zwischenraum von 1 bis 2 Jahren aufgetreten sind; nur einmal sind 2 Fälle in demselben Jahre (1877) vorgekommen. Zweimal sind doch gröfsere Pausen ohne Zosterfälle gewesen, einmal von etwas über 5 Jahren (Novbr. 1869 — Febr. 1875); in diesem Zeitraum, doch wesent-

lich nur in 1870, wurden zwar einige der Patienten mit Karbolsäure innerlich statt mit Arsenik behandelt, im ganzen doch nur eine geringe Anzahl. Später ist ein Zeitraum von 9 Jahren (1880—89) gewesen, in welchem sich gar kein Fall von Zoster gezeigt hat, aber vom Schlusse des Jahres 1882 bis zum Schlusse des Jahres 1888 wurde von inneren Mitteln gegen Psoriasis am häufigsten Jodkalium in grofsen Dosen verwendet und nur in einer weit geringeren Zahl Arsenik; vom Schlusse des Jahres 1888 wurde indessen von neuem die Arsenikbehandlung aufgenommen (diesmal in Injektionen), und in 1889 hat sich dann wieder ein Fall von Zoster gezeigt.

In jedem der Monate Februar, März und Oktober sind 2 Fälle aufgetreten, im April, Mai, September und November je 1 Fall. Zoster ist bei 4 männlichen und bei 6 weiblichen Individuen vorgekommen. 8 Patienten waren zwischen 8 und 22 Jahre alt, 2 zwischen 40 und 46 Jahren. In Bezug auf die Lokalisation wurde gefunden

7 mal Z. dorso-pectoralis,
2 mal Z. dorso-abdominalis,
1 mal Z. lumbo-femoralis.

Die Zostereruption war immer einseitig, in einigen Fällen nur gering, in anderen ziemlich verbreitet; mehrmals wurden Points douloureux gefunden, einige Male vorübergehende Neuralgien; nur in einem Falle (No. 8) ist allgemeines Übelsein angegeben; bei allen Patienten aber ist der Verlauf des Zoster wie in gewöhnlichen unkomplizierten Fällen gewesen. Die Psoriasis-Efflorescenz ist bald gering, bald mehr bedeutend gewesen; bei einem Kranken (No. 8) entstand kurze Zeit nachher Psoriasis-Efflorescenz im Zostergürtel.

Nur bei einem der 10 Patienten, welcher zugleich eine alte Kyphoscoliose hatte (No. 8), wurde Behandlung mit feuchten Einpackungen und nachfolgenden feuchten Abreibungen angewendet, und hier kann dann möglicherweise dieser Behandlung ätiologische Bedeutung für den Zoster zugeschrieben werden, da dieser unmittelbar nach der feuchten Abreibung entstand, und da dieser Patient zugleich der eine von den beiden war, bei welchem die Arsenikbehandlung (3 Tage) vor Ausbruch des Zoster seponiert wurde; bei keinem aber der übrigen Patienten sind mögliche ätiologische Momente nachzuweisen. Dafs Psoriasis, die einige Autoren mit zweifelhafter Begründung als Manifestation einer Affektion des Nervensystems auffassen, selbst in irgend einer Weise in näherer Relation zu Zoster stehen sollte, ist sicherlich von keinem Verfasser angegeben, ebenso wenig wie es überhaupt, so weit uns bekannt, angeführt ist, dafs Zoster besonders häufig oder als Komplikation bei Psoriasis auftritt. Gegen dieses spricht denn auch, dafs sich in den (220) Fällen, die nicht mit Arsenik behandelt wurden, kein Zoster gezeigt hat, und dafs überhaupt

die Kliniker den Zoster nicht so viel an eine bestimmte Krankheit, und insbesondere nicht an Psoriasis gebunden, als vielmehr der Arsenikbehandlung sehr verschiedener Krankheiten folgend, gesehen haben. Die von uns gefundene relativ grofse Zahl von Zosterfällen — 1,8 % von den verschiedenen Fällen und 2,6 % von den verschiedenen Individuen —, im Krankenhause selbst und nur in den mit Arsenik behandelten Fällen entstanden, nicht aber in den (220) Fällen, wo Arsenik nicht angewendet wurde, in Verbindung mit der ziemlich gleichmäfsigen Verteilung auf die 25 Jahre, in welchen die gröfste Pause eben mit dem einzigen längeren Zeitraum zusammenfiel, in welchem Arsenik verhältnismäfsig selten verwendet wurde — dies alles ist um so mehr auffallend, als sich Zoster im ganzen selten im Krankenhause zeigt. Stellt man sich nun auch skeptisch gegenüber den beiden Fällen, wo die Arsenikbehandlung 2 und 3 Tage vor dem Ausbruch des Zoster seponiert wurde, und namentlich vielleicht gegenüber dem einen, in welchem Patient gerade nach den kalten Abreibungen von Zoster befallen wurde, so bleibt doch die Zahl — die ohnehin mit dem nicht benutzten Falle, in welchem der Zoster während der Arsenikbehandlung in der Heimat aufgetreten sein sollte, suppliert werden kann — verhältnismäfsig so bedeutend, dafs sie überhaupt nicht mit der relativen Häufigkeit, womit man im ganzen bei Hospitalspatienten, die verschiedener Behandlung unterworfen sind, Zoster auftreten sieht, verglichen werden kann, und dafs sie sogar die Zahl der Fälle von Zoster, die Hospitalsbehandlung gerade wegen dieser Krankheit suchen, prozentweise weit übertrifft.

Wir wollen zur Beleuchtung dieses Verhältnisses die Anzahl der Zosterpatienten unter der ganzen Anzahl der von Januar 1888 bis Juli 1890 einschl. (der Funktionszeit des Verf. als Sekundärarzt) in der Abteilung behandelten Kranken angeben. Unter 5267 Fällen von Haut- und venerischen Krankheiten in diesen Jahren zeigte sich Zoster im ganzen nur 14 mal (0,27 %); aber von diesen entstanden nur 2 Fälle im Krankenhause selbst während der Behandlung anderer Krankheiten; in dem einen Falle zeigte sich Zoster auf den Nates bei einem Kranken mit syphilitischer Paraplegie und wurde als die Folge seines Rückenmarksleidens aufgefafst; der andere Fall war eben der eine des von uns benutzten (No. 10), wo Zoster nach Arsenikinjektion entstand. Noch soll bemerkt werden, dafs Arsenikbehandlung im genannten Zeitraume im ganzen nicht viel gegen andere Hautkrankheiten verwendet wurde, indem namentlich die häufigste Hautkrankheit, das Ekzem, nur ausnahmsweise damit behandelt ist, und indem Hautkrankheiten wie Pemphigus, Lichen ruber und dergleichen, die mit Arsenik behandelt worden sind, hier, wie überall, im ganzen ziemlich selten vorgekommen sind.

Die oben angegebenen Verhältnisse geben somit eine überwiegende Wahrscheinlichkeit — ja, wie uns scheint, einen Beweis — dafür, dafs die von mehreren Autoren bezweifelte oder geleugnete Relation zwischen Arsenikbehandlung und Herpes zoster wirklich existiert, so dafs eine in meistens längerer Zeit fortgesetzte Arsenikbehandlung unter gewissen, nicht näher bekannten Umständen einen Ausbruch von Zoster hervorrufen kann, oder mit andern Worten, dafs Zoster in diesen Fällen als ein medikamentelles Exanthem aufgefafst werden mufs, obgleich er, ohne dafs die Arsenikbehandlung abgebrochen wird, in gewöhnlicher Weise schwindet und nicht, so weit man gesehen hat, bei einer späteren Behandlung recidiviert.

Im Gegensatz zu dem durch örtliche Ursachen (Trauma, Wirbelcaries u. s. w.) hervorgerufenen Zoster, können diese nach Arsenik vorkommenden Fälle in ätiologischer Beziehung mit einigen nach Kohlenoxydvergiftung aufgetretenen Fällen von Zoster (Leudet, Sattler) parallelisiert werden, ebenso wie mit den von mehreren Autoren, so auch besonders von Kaposi (a. a. O.), angegebenen, in Epidemieen auftretenden Fällen, insoweit diese, wie es von mehreren Seiten (Kaposi, Weiss[11] u. a.) behauptet wird, auf einer Infektion beruhen sollten, also ebenso auf einer generell einwirkenden Ursache. Kaposi zieht selber, als eine gewisse Stütze der mit dieser ätiologischen Auffassung wenig übereinstimmenden Lokalisation des Zoster auf nur einem oder auf wenigen gleichzeitigen Nervengebieten, eine Parallele mit den Fällen nach Kohlenoxyd- und Arsenikvergiftung, welche letztere er doch in einer zufälligen Koincidenz begründet annimmt. Nachdem es nach unseren Untersuchungen, wie wir glauben, als so gut als bewiesen betrachtet werden mufs, dafs Arsenik Zoster hervorrufen kann, scheint das genannte Verhältnis nicht gegen eine Infektionstheorie zu sprechen.

Zur Dokumentation der im Vorigen angeführten Verhältnisse wird nachstehende Kasuistik angeführt:[12]

No. 1. 11jähriger Knabe, behandelt 21./3. bis 30./7. 1864.

Psoriasis vom vierten Jahre, früher behandelt. Jetzt eine ziemlich starke Eruption, vor 14 Tagen angefangen. Psor. num. et annul. auf Truncus, Extremitäten und behaarten Kopfe.

Von der Aufnahme im Krankenhause an behandelt mit Sol. arsen. natric. gtt X., morgens und abends, gleichzeitig äufserliche Behandlung mit Salben und Bädern.

---

[11] E. Weiss, Über epidemischen Zoster. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1890. pag. 629.

[12] Die Krankenjournale, für deren Benutzung ich dem Primärarzte, Herrn Prof. Haslund, danke, sind in Rücksicht auf den Platz und die Übersicht bedeutend abgekürzt.

28./5. Zona auf Os sacr., auf der Innenseite des rechten Schenkels und eine Gruppe an der Aufsenseite des Knies. — Rp. Zinkpuder, cont. gtt., sep. cetera.

31./5. Keine neue Eruption.

Die Arsenikbehandlung wurde fortgesetzt ohne späteren Ausbruch von Zoster, wie sich auch kein Zoster zeigte bei 3 späteren Hospitalsbehandlungen, in welchen Pat. ebenfalls Arsenik bekam.

No. 2. 15jähriges Dienstmädchen, behandelt vom 19./1. bis 29./5. 1866.

Psoriasis in mehreren Jahren, in letzter Zeit in stärkerer Ausbreitung. Jetzt Ps. (gtt. und diffus) in mäfsigem Grade auf Truncus und behaarten Kopfe. Allgemeinbefinden gut.

Von der Aufnahme an bis zur Ausschreibung behandelt mit Sol. arseniat. natric. (steigend bis gtt. 50), zugleich mit Bädern und Teermitteln.

6./2. Auf der linken Hälfte des Truncus vom Rücken bis zum Umbilicus Gruppen von grofsen Vesikeln (Zoster).

9./2. Die Effloreseenz zum gröfsten Teile eingetrocknet.

Pat. wurde später nicht von Z. befallen, auch nicht unter einer späteren Arsenikbehandlung in der Abteilung.

No. 3. 13jähriges Mädchen, behandelt vom 22./6. bis 31./10. 1868.

Ps. in längerer Zeit, in den letzten Tagen zugenommen. Jetzt ziemlich starke Eruption (Ps. punktiert bis diffus), auf Truncus und Extremitäten; sonst gesund.

Vom 27./6. an bis zur Ausschreibung mit Sol. arseniat. natric. behandelt, nur mit einer Unterbrechung von 2 Tagen (2. bis 4. Juli) wegen Diarrhoe, steigend (von gtt. X. an) und zugleich mit Bädern und Teereinreibungen.

13./10. An der linken Seite von Brust und Rücken quer über den Angul. scap. Zoster. — Zinkpuder.

19./10. Die Blasen eingetrocknet, die Schorfen abgefallen, keine Schmerzen mehr.

Pat. bekam später nicht Z. im Hospital.

No. 4. 8jähriger Knabe, behandelt vom 1./11. bis 27./12 1869.

Fleckenförmig. Ps. in geringem Grade an Extremitäten und linken Ohre.

Von der Aufnahme an bis zur Ausschreibung mit Sol. arseniat. natric., Salben und Teereinreibungen behandelt.

26./11. Über die linke Crista ilii Herpes zoster. — Zinkpuder.

Pat. bekam nicht später Herpes zoster im Krankenhause.

No. 5. 15jähriges Mädchen, behandelt vom 5./1. bis 18./3. 1875.

Von frühester Jugend an Ps. in verschiedenem Grade. Jetzt ziemlich starke Ps. (gutt., num. et annul.) auf Truncus und Extremitäten, sonst gesund.

Von der Aufnahme an behandelt mit Mixt. arsenic., 1 Efslöffel 3 mal täglich, zugleich mit verschiedenen Salben und Bädern, bis zur Ausschreibung.

7./2. Zahlreiche Gruppen von Herpesblasen entlang dem dritten und vierten Intercostalraum der rechten Seite von der Columna an bis zum Sternum. Heute Nacht einige Schmerzen in der Achselhöhle. Ein schmerzhafter Punkt unter der hinteren Grenze der Achselhöhle, ebenso in derselben und im zweiten Intercostalraum. Allgemeinbefinden gut. — Rp. Zinkpuder.

16./2. Zoster eingetrocknet.

Kein Z. später im Krankenhause.

---

[13] Mitgeteilt in Engelsted, *Klinisk Vejledning til Diagn. og Behandl. af Hudens Sygd.* 1879. pag. 213.

No. 6. 19jähriges Dienstmädchen, behandelt vom 31./7. bis 12./10. 1877.

Ps. in 2 Monaten, jetzt sehr starke Eruption (Flecken und gröfsere Flächen) auf Truncus, Extremitäten, Gesicht und behaartem Kopfe; sonst gesund.

Von der Aufnahme an behandelt mit Mixt. arsenic. (ctgr. 10. — gr. 300, 1 Efslöffel 4 mal täglich), steigend, zugleich mit verschiedenen Salben und Bädern, bis zur Ausschreibung.

7./10. Unter der linken Mamma ist Herpes zoster ausgebrochen.

No. 7. 13jähriges Mädchen, behandelt vom 9./8. bis 5./10. 1877.

Ps. in 14 Tagen, jetzt starke Efflorescenz (Ps. punkt. und gutt.) auf Truncus, Extremitäten und Gesicht; sonst gesund.

Von der Aufnahme an behandelt mit Mixt. arsenic. (ctgr. 10 — gr. 300), 1 Efslöffel 4 mal täglich, steigend, zugleich mit Teersalben und Bädern, bis zur Ausschreibung.

7./9. Auf dem rechten Schulterblatte, unter dem rechten Arme und über die Brustwarze sind Gruppen von Herpesvesikeln mit Jucken, aber ohne Schmerzen und empfindlichen Punkten, ausgebrochen.

Später nicht Herpes zoster im Hospital.

No. 8. 22jähriger Diener, behandelt vom 14./1. bis 18./6. 1878.[18]

Ps. vom 10. Jahre an, mehrmals behandelt; jetzt starke Eruption (Ps. gutt., num. und diffusa) auf Truncus, Extremitäten, Gesicht und behaartem Kopfe. Als Kind Scrofulosis, bedeutender Kyphoscoliosis (vom 10. Jahre an); sonst gesund.

Wurde von der Aufnahme an behandelt mit Mixt. arsenic. (ctgr. 10 — gr. 300), 1 Efslöffel 4 mal täglich; vom 24./1. an wurde diese mit Liqu. arsen. kalic. Tr. pomi ferrat., ää 5 Tropfen 2 mal täglich, steigend mit 1 Tropfen jeden 2. Tag, vertauscht; ferner Salben und Bäder. Der Arsenik wurde am 29./2. seponiert, und Pat. bekam feuchte Einpackungen mit nachfolgenden feuchten Abreibungen.

4./3. Nach der Abreibung gestern entstand plötzliches Unwohlsein mit Kälte und Hitze samt jagenden Schmerzen vom Rücken nach der Brustgegend, wonach sich eine reichliche Eruption von Zoster zeigte, die sich von der Mitte der Rückwirbelsäule gürtelförmig über die Vorderfläche der Brust bis zum untersten Teile des Sternum erstreckt. Schmerzhafte Punkte an dem Proc. spin., entsprechend der Ausgangs stelle der Eruption, auch am Angulus scapulae. Rp. Inj. morph., Mixt. acid. chin., sep. cetera.

7./3. Die Schmerzen verschwunden und das Befinden gut.

13./3. Der Zostergürtel hat ganz das Aussehen von Ps. bekommen.

Pat. wurde später im Hospital nicht von Z. befallen, auch nicht während einer Arsenikbehandlung bei einer späteren Aufnahme.

No. 9. 40jähriger Assistent, behandelt vom 13./4. bis 10./6. 1880.

Ps. von Kind an, mehrmals mit Arsenik behandelt; jetzt ziemlich starke Ps. (num. und diffusa) auf den Extremitäten und der behaarten Kopfhaut; sonst gesund.

Von der Aufnahme an behandelt mit Mixt. arsenic. (ctgr. 10 — gr. 300), steigend, zugleich mit Salben und Bädern, bis zur Ausschreibung.

22./4. Auf der rechten Seite des Truncus, entsprechend dem 6. Intercostalraume, ist Herpes zoster entstanden; ein schmerzhafter Punkt am Rücken. — Rp. Zinkpuder.

Pat. bekam später nicht Z. im Hospital, auch nicht während einer späteren (und einer früheren) Arsenikbehandlung im Krankenhause.

No. 10. 46jährige Schiffswärterin, behandelt vom 13./2. bis 19./3. 1889.

Ps. von Kind an; jetzt ziemlich stark (Flecken und diffuse Flächen). Sonst gesund.

Von der Aufnahme an behandelt mit Sol. arsen. natric. (ctgr. 2 — gr. 20) subkutan ½ Pravazsche Spritze täglich, steigend, zugleich mit Bädern und vom 28./2. an mit Ung. pyrolei pini.

9./3. Zerstreut am Truncus sind entstanden 2—3 Gruppen von roten, erbsengrofsen Knoten, aussehend wie Urticaria, zugleich Cardialgie. — Sep. Ungt. pyr. pini. — Rp. Mentholsalbe.

10./3. Sep. Inject. arsenic. natric. (Pat. hat im ganzen 23 Injektionen = 14¼ Milligramm Arsen. natric. bekommen).

11./3. Kein neues Exanthem, das alte noch nicht verschwunden; kein Jucken.

12./3. Heute Nacht stechende Schmerzen in der Seitenfläche der Brust. In der Höhe des linken Angulus scapulae, aber aufserhalb desselben, und unterhalb des Proc. ensiformis sind 2 Gruppen von Herpes zoster entstanden; ein schmerzhafter Punkt in demselben Intercostalraum wie die Efflorescenz. — Sep. Ungt. menthol. — Rp. Puder. — Den folgenden Tag waren keine schmerzhaften Punkte oder Neuralgien, und 2 Tage darnach waren die Vesikeln vollkommen eingetrocknet.

Keine spätere Eruption von Zoster im Krankenhause. Ps. war bei der Ausschreibung vollkommen verschwunden.

Versuche mit einigen, bisher noch nicht angewendeten, reduzierenden Medikamenten.

Aus der Heilanstalt für Hautkranke

von

M. Ihle,

in Leipzig-Lindenau.

Gelegentlich eines Besuches, mit welchem mich Herr Dr. Unna in meiner Klinik beehrte, machte derselbe uns, d. h. Herrn Voit, einen mir befreundeten Chemiker, und mich darauf aufmerksam, dafs es eine dankbare Aufgabe sein müfste, eine Skala der gebräuchlichen reduzierenden Medikamente festzustellen und zwar in Bezug auf die Stärke ihrer chemischen Wirkung z. B. auf Eisenchlorid, Fehlingsche Lösung, rotes Blutlaugensalz, Salze der edlen Metalle (Silbernitrat, Goldchlorid etc.).

Als wir auf den Gedanken weiter eingingen, fanden wir jedoch, dafs über die älteren Medikamente in Binz *Arzneimittellehre*, über die neu-

eren in dem kürzlich erschienenen Werke von Fischer: *Über neuere Arzneimittel* eine genügende Übersicht bezüglich ihrer Reduktionswirkung gegeben ist.

Als stärkstes Reducens ist danach Hydroxylaminchlorhydrat anzuführen; etwa in gleicher Linie mit demselben stände Pyrogallol, schwächer wirkt Chrysarobin, noch schwächer Resorcin; zuletzt kommt der Schwefel.

Die Aufzählung dieser unvollkommenen Reihe soll nur darthun, dafs die chemische Reduktionsfähigkeit in keinem direkten Verhältnisse zur Verwendbarkeit in der dermatologischen Praxis steht: das Chrysarobin z. B. übt durch Irritation der Haut eine viel stärkere Reaktion auf dieselbe aus, als das an sich chemisch stärker reduzierende Pyrogallol. Der Anwendung des letzteren auf gröfsere Hautpartieen steht wiederum seine toxische Wirkung entgegen, welche durch seine Resorptionsfähigkeit zu befürchten ist. — Daraus ergibt sich, dafs bei der Abschätzung der Brauchbarkeit eines reduzierenden Medikamentes nicht allein seine chemische Wirkung mafsgebend ist, sondern vielmehr der Umstand in Betracht kommt, ob den gebildeten Reduktionsprodukten toxische Eigenschaften zukommen oder nicht.

Diese Erwägung veranlafste uns, unser Augenmerk auf solche Reduzientien zu richten, welche im chemischen Laboratorium und in der Technik längst im Gebrauch sind, deren Wirkung auf die tierische Haut unseres Wissens nach noch nicht geprüft war — deren Zersetzungsprodukte aber vom chemischen Standpunkte aus nicht giftig wirken konnten.

Als ein starkes Reduktionsmittel kennt der Chemiker das Natriumthiosulfat (Na subsulfurosum).

$$Na_2S_2O_3 \text{ oder } {}^{Na-O}_{NaS}\!>\!SO_2,$$

schwefelsaures Natrium, wovon 1 Sauerstoff durch Schwefel ersetzt ist.

Das neutrale Salz der im freien Zustande nicht existenzfähigen Thioschwefelsäure schien uns deshalb besonderen Erfolg zu versprechen, weil es unter Einwirkung von Säuren, auch der schwächsten, z. B. der Kohlensäure, mehr oder minder schnell zerfällt, so dafs sich die allgemein bekannte stark reduzierende Wirkung der schwefligen Säure mit der spezifischen des feinst verteilten Schwefels vereint. Die entstandenen Produkte Schwefelsäure, resp. da Natrium vorhanden ist, schwefelsaures Natrium, und freier Schwefel sind aber ungiftig.

Es war vorauszusehen, dafs Calcium subsulfurosum,

$$CaS_2O_3 \text{ oder } Ca\!<\!{}^{O}_{S}\!>\!SO_2,$$

in ähnlicher Weise wirken würde. Der Unterschied ist nur der, dafs hier an Stelle des leicht löslichen Natriumsulfates das schwer lösliche Calciumsulfat entsteht.

Beide Medikamente erweisen sich in der Praxis als sehr kräftig wirkende Reduktionsmittel, doch verlangt ihre Anwendung gerade deshalb Vorsicht. Bei akuten Ekzemen, überhaupt bei entzündlich gereizter Haut, sind sie nicht oder nur in verdünnter Salbenform (½ %—2 %) am Platze. Sehr wohl zu verwerten sind sie bei Dermatosen, denen ein torpider Charakter zukommt. — Ein auf seborrhoischer Basis jahrzentelang bestehendes chronisches Ekzem, bei welchem Chrysarobin und Pyrogallol absolut nicht vertragen wurden, mildere Mittel, wie Schwefelzinkpaste aber nicht einmal das Hautjucken günstig beeinflufsten, reagierte auf Natrium resp. Calcium subsulf. in 2—6 %iger Pastenform in überraschender Weise. Das Jucken liefs sofort nach, die schwartenartige Haut wurde geschmeidig, und ich konnte den Patienten, welcher bereits 3 Wochen ohne Heilerfolg mit verschiedenen Medikamenten (aufser den genannten noch mit Resorcin, Ichthyol und Teer) behandelt worden war, nach weiteren 4 Wochen mit vollkommen normaler Haut aus der Klinik entlassen. Bei Psoriasis, bei seborrhoischem Ekzem, vor allem bei chronischem Unterschenkelekzem mit Geschwürsbildungen und endlich bei 4 Fällen von Lupus vulgaris habe ich sehr erfreuliche Besserung mit beiden Mitteln erzielt. Am meisten empfehle ich es bei letztgenannter Krankheit. Ein von Jugend auf bestehender Gesichtslupus bei einer 32jährigen Frau D. ist nach zweimonatlicher Behandlung mit Na und Ca subsulf. so gebessert worden, dafs die Frau, welche, da die Hälfte der linken Backe über und über mit braunen Lupusknötchen bedeckt war, zu mir kam, jetzt von der Weiterbehandlung abgesehen hat, da „man ja nichts mehr sehe und die Flechte geheilt sei.“ Ein anderer Lupus, welcher den ganzen linken Unterarm vom Ellenbogen bis an die Finger einnahm, wurde nach 14tägiger Anwendung von 2—10 %igen Salben so gebessert, dafs die schmerzhaften, gewulsteten Ränder, die eine lebhafte Tendenz zum Weiterschreiten zeigten, fast das Niveau der normalen Umgebung an nahmen, absolut empfindungslos wurden und von aufsen die ersten Zeichen von Vernarbung sich kenntlich machten. Der Fall ist noch in Behandlung.

Bei der Anwendung unserer beiden Medikamente charakterisiert sich die reduzierende Einwirkung auf die Haut, wie dies nach Unna allen Reduzentien eigentümlich ist, durch starke Pustelbildung, sobald die Einwirkung zu lang währte oder die Prozentuierung der Medikamente eine zu starke war.

Man mufs daher nicht zu lange dasselbe Mittel in Anwendung bringen, welches man je nach der Reaktion, die es auf die Haut ausübt, selbst verstärkt oder verschwächt, sondern öfter aussetzen und dazwischen einmal beruhigende Medikamente applizieren, bis die Entzündung, die ich, wie gesagt, vor allem durch impetiginöse Erscheinungen charakteri-

siert, wieder geschwunden ist. Nach einigen Tagen beginnt man wieder mit den stärkeren Na- oder Ca-Thiosulfatsalben.

In der Abhandlung Unnas über Lanolin in dem Augustheft der *Ther. Monatsh.* fanden wir zu unserer Überraschung, dafs der Autor einen der eben beschriebenen Agentien sehr verwandten Stoff in die dermatologische Praxis einführt. Das Calcium bisulfurosum ist ohne Zweifel eines der stärkstwirkenden Reduktionsmittel, da in den, mit demselben dargestellten Salben ein „beständiges Reservoir freier schwefliger Säure" gegeben ist.

Unser Na resp. Ca subsulfurosum hat dagegen den Vorteil eines steten Reservoirs von eben sich abscheidendem Schwefel. —

Wir hofften ferner, dafs das Natrium-Amalgam zu therapeutischen Zwecken sich eignen würde. Bekannt ist die leichte Oxydation des Natriums zu Natriumoxyd resp., da das Oxyd äufserst hygroskopisch ist, zu Oxydhydrat, einer Substanz, welche in Stiftform (Natrium- und Kalistift) ja als Ätzmittel Verwendung findet.

Wir versprachen uns besonderen Erfolg bei Mykosen, wobei die starke antiseptische Wirkung des Quecksilbers sich mit der energisch reduzierenden des Natriums vereinen sollte.

Leider wurden den praktischen Versuchen durch technische Schwierigkeiten bald ein Ziel gesetzt: 1—2½ %iges Natriumamalgam ist noch flüssig; 3 %iges schon fest und es ist zu schwierig, die höher prozentige Masse zur gleichmäfsigen Verteilung mit der Salbe zu bringen.

Bei Anwendung von Amalgam mit niedrigem Natriumgehalte erhielten wir nur die spezifische Wirkung des Quecksilbers.

Zu diesen Versuchen konnten wir natürlich solche tierische Fette nicht als Vehikel verwenden, welche bei Einwirkung des Natriums zur Seifenbildung neigten.

Jede Nebenwirkung mufste aber selbstverständlich ausgeschlossen sein, infolge dessen konnten wir blofs Vaseline anwenden, welche wir durch 20 % Zusatz von festem Paraffin eine gröfsere Konsistenz gaben. Es fand sich — nebenbei gesagt —, dafs bei der Einreibung dieser Quecksilbersalbe (die Wirkung des Amalgams unberücksichtigt gelassen) eine Reizung der Haut, wie sie sich so unangenehm bei der ranzigen grauen Salbe durch Pustelbildung äufsert, vermieden wird.

Um reduzierende Pasten darzustellen, verwandten wir zwei pulverförmige Substanzen, das metallische Magnesium und den Zinkstaub (im wesentlichen aus metallischem Zink und Zinkoxyd bestehend), beides in feinst gepulverter Form.

Beide Stoffe finden im chemischen Laboratorium als Reduzentien fortgesetzte Anwendung.

Zinkstaub mit gleichen Teilen Fettsubstanz bildet ohne weiteren Zusatz eine geeignete Pastenkonsistenz.

Beim Magnesium metallicum pulveratum machte sich ein Zusatz indifferenter Mittel nötig, weil ebenso hoch prozentuierte Magnesiumpasten eine zu starke hautreizende Wirkung äufserten. Auch genügt ein 2—5 %iger Zusatz zu einer indifferenten Pastenmasse (z. B. mit Terra silicea zusammengesetzten), um eine energisch reduzierende Wirkung zu erreichen. Überdies steht einer zu ausgiebigen Verwendung des Magnesiums der hohe Preis desselben (100 g kosten 5 Mk.) entgegen. Zinkstaub dagegen ist als Abfallsprodukt bei der technischen Gewinnung des Zink ein sehr billiges Produkt, und es ist zu erwarten, dafs es in Pastenform oder auch in einem Zustande als Pulver bald eine allgemeinere Anwendung erfahren wird, wie das Zinkoxyd, welches es in Hinsicht auf Reduktionswirkung bedeutend übertrifft. Beide Mittel wurden besonders bei keratoiden und chronischen Ekzemen mit Vorteil angewandt.

Die Kürze der mir zubemessenen Zeit verbietet es, das Gesagte durch Anführung von Fällen, in denen die Mittel den gewünschten Erfolg hatten, zu erhärten.

Nur eins will ich anführen. Ein 15jähriger Lehrling, welcher bereits ein halbes Jahr von Kollegen als arbeitsunfähig behandelt worden war und zwar wegen eines mehrere Jahre bestehenden stark nässenden, chronischen Unterschenkelekzems, welches an zwei Stellen schon zu Geschwürsbildung ausgeartet war — wurde in drei Wochen durch Zinkstaubpaste so gebessert, dafs er die Klinik verlassen und arbeiten konnte. Die Behandlung wurde noch einen Monat bis zur vollkommenen Heilung fortgesetzt — abwechselnd 5 % Calciumsubsulforosumsalbe und Zinkstaub.

Nachdem die reduzierende Wirkung der beiden Metalle in dermatologischer Beziehung konstatiert war, verstärkten wir ihre Wirkung noch durch Zusatz von geeigneten Säuren z. B. der Salicyl- und Benzoesäure. Da nun die Reaktion von Metallen auf Säure am besten bei Gegenwart von Wasser vor sich geht, so ersetzten wir die Vaseline durch eine Fettsubstanz, welche fähig ist, sich mit Wasser bis zu einem gewissen Grade zu verbinden, durch das Lanolin, welches aufserdem den Vorteil der gröfseren Beständigkeit vor den anderen tierischen Fetten darbietet.

So kamen wir wiederum, einem etwas anderen Gedankengang folgend, zu denselben Schlufsfolgerungen, wie sie Herr Dr. Unna in seiner oben erwähnten Abhandlung bringt.

Der Zufall brachte uns aber noch um einen Schritt weiter; wir fanden eine Fettsubstanz, welche ebenso gut wie Lanolin von der Haut vertragen wird, ebenfalls ein wasseraufnehmendes Vehikel ist und vor jenem den grofsen Vorteil darbietet, dafs es sich selbst als ein, im gün-

stigen Sinne, sehr eigentümlich[1] wirkendes Medikament erwies — das rohe Wollfett.

Ein Kollege meines Freundes Voit, Herr Dr. Wagner, erzählte demselben gelegentlich, er habe in dem ordinären Wollfette ein ausgezeichnetes Hühneraugenmittel erprobt.

Wir verschafften uns sofort direkt aus verschiedenen Wollkämmereien die nötigen Proben, welche uns gleichartiges Material zu sein schienen. Als Abfallsprodukt bei dem Reinigungsverfahren der Schafwolle wird Schaffett in ungeheuren Massen gewonnen und hat, da es in der Technik nur eine untergeordnete Verwendung findet, einen minimalen Preis. Letzterer Umstand ist nicht niedrig anzuschlagen, in Hinsicht auf das patentierte und keineswegs billige Lanolin, dessen Anwendung in der Praxis pauperum durch seinen Preis behindert wird, während sein Rohprodukt unzweifelhaft das billigste Salbenfett ist und bleiben wird.

Da wir die einschlägigen Versuche erst vor zu kurzer Zeit begonnen haben, um ein abschliefsendes Urteil geben zu können, will ich nur so viel sagen, dafs das ungereinigte Wollfett von der gesunden wie erkrankten Haut in fast allen den Fällen, in denen ich es verwendet habe, und es sind mindestens an 100, regelmäfsig gut vertragen wurde. Es reizt nicht, macht die Haut, deren Hornschicht es durchfettet, geschmeidig.

Bei einem akuten Ausbruch von Ekzem mit ödematöser Anschwellung des Gesichts und massenhafter Furunkelbildung, bei welchen vorher eine einfache Amylunzinkvaselinepaste (nach Lassar) absolut nicht vertragen wurde, ebensowenig reine Vaseline und Schweinefett, resp. eine schwache Zinkschwefelpaste, wurde sofort nach einmaliger Applikation des ungereinigten Wollfettes eine Besserung der subjektiven wie objektiven Krankheitserscheinung bemerkt. Patient, ein junger Kollege Dr. L., welcher in wenigen Tagen meine Klinik verlassen wird, ist nach vierzehntägiger Anwendung des rohen Schafwollfettes ohne Zusatz geheilt worden. Bei Kinderekzemen, Intertrigo, Impetigo u. s. w. wirkte es meist viel prompter als irgend eine der mir bekannten Salben. Als Vehikel mildert es die allzu reizende Wirkung anderer Medikamente, wie des Pyrogallols und Chrysarobins. Ein gegen letzteres Mittel höchst empfindlicher Patient mit seborrhoischem Ekzem, welcher auf eine 5 % Chrysarobinschweinefettsalbe so stark reagierte, dafs das Medikament höchstens alle zwei Tage einmal eingeschmiert werden konnte, verträgt jetzt eine 10 %ige Chrysarobinsalbe aus Wollfett 3 mal täglich ohne jede Reizerscheinung. Patient hat in den letzten 8 Tagen gröfsere Fortschritte auf dem Wege

---

[1] Vielleicht ist den im rohen Wollfett bis zu 30 % vorhandenen freien Fettsäuren teilweise diese spezifische Wirkung zuzuschreiben.

der Heilung gemacht, als in den 3 Wochen vorher, in welchen noch Chrysarobin in Form von Adepssalben zur Anwendung kamen.

Mit Hg vivum gibt es einen sehr resorptionsfähigen und vor allem nicht hautreizenden Ersatz für graue Salbe und findet als solcher fortgesetzte Anwendung in meiner Klinik.

Die auflösende Wirkung auf Hyperkeratosen ist keine rapide, aber eine gleichmäfsig sicher fortschreitende und vor allem reizlose. Ein besseres Hühneraugenmittel, als welches, wie gesagt, wir es zuerst kennen gelernt haben, ist uns unbekannt.

Auch hat es zweifellos antiseptische Eigenschaften. Es kann nicht nur ohne Schaden, sondern sogar mit Vorteil direkt auf kleine Wunden gebracht werden.

Pityriasis, Herpes tonsurans, auch ein sogenanntes Erythrasma, welches sehr juckte und keine Fette vertrug, reagierten aufs beste darauf. Auch gegen hartnäckigere Mykosen, wie gegen Sykosis, scheint es, soweit ich bisher Erfahrung sammeln konnte (ich habe es in 5 Fällen dabei in Anwendung gebracht) gute Dienste zu thun.[1]

Ich bin überzeugt, dafs, wenn mir erst von berufenen Seiten, wie ich es sicher hoffe, eine Bestätigung meiner günstigen Versuche mit dem ungereinigten Wollfett geworden ist, dasselbe sich bald in unserer Wissenschaft nicht blofs als Salbenvehikel, sondern auch als selbständiges Heilmittel einbürgern wird, wie es schon im Altertum der Fall war, und zwar unter dem Namen Oesipus. Ich schlage vor, den Namen beizubehalten. Reines Lanolin ist das indifferente Fett ohne Nebenwirkungen, während das Naturprodukt noch ein Konglomerat von Substanzen enthält, deren Gesamtwirkung auf die Haut, wie geschildert, eine sehr günstige ist, die also keineswegs verdient eliminiert und weggeworfen zu werden, wie dies beim Lanolinprozesse geschehen ist. Es wäre vielmehr eine sehr interessante, aber voraussichtlich auch sehr lohnende Aufgabe, die Extraktivstoffe zu isolieren und einzeln zu prüfen. Nur fürchte ich, dafs wir dabei auf eben so grofse Schwierigkeiten stofsen werden, wie sie der Teer in dieser Beziehung darbietet.

---

[1] Als ich nach zehntägiger Abwesenheit wieder zurückkehrte, stellte mir mein Vertreter einen Fall von Prurigo vor, der während dieser Zeit ausschliefslich mit Oesipus behandelt und darunter rapid abgeheilt war. Der Fall war ein typischer und an der Diagnose kein Zweifel.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über Erkrankungen der Schleimdrüsen des Mundes.

Von

P. G. Unna.

Vortrag, gehalten auf der 63. Jahresversammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Bremen 1890.

Vor mehreren Jahren machte mein Freund, Herr Professor Baelz, mich auf eine selten vorkommende ulceröse Affektion der Mundschleimdrüsen aufmerksam, indem er mir einen derartigen, seit längerer Zeit bestehenden Fall demonstrierte. Da ich glaube, dafs diese eigentümliche Affektion wenig Fachgenossen bekannt ist und in den gangbaren Lehrbüchern bisher keine Schilderung gefunden hat, so dürfte die Mitteilung zweier einschlägiger Fälle wohl gerechtfertigt erscheinen.

Im Mai 1886 konsultierte mich ein Glasermeister aus Berlin, der seit 2 Jahren an einer chronischen Affektion der Lippen litt. Er war wegen dieser Krankheit teils örtlich, teils allgemein antisyphilitisch ohne Erfolg behandelt worden. Während früher die Unterlippe, besonders in ihrem mittleren Abschnitte, lange Zeit befallen war, kam der Prozefs dort zur Ausheilung, hatte dafür aber jetzt die Oberlippenschleimhaut bis zum Lippenrot in ziemlich grofser Ausdehnung ergriffen. Immer traten zuerst Verdickungen der Lippenschleimhaut auf, denen dann eine langdauernde Eiterung mit Borkenbildung und schliefslich eine spontane Heilung unter Narbenbildung folgte.

Die Schleimhaut der Oberlippe war jetzt hochgradig verdickt. Beim Palpieren fühlte sie sich sehr hart an. Nirgends war eine Fluktuation vorhanden. Die unregelmäfsig körnige Beschaffenheit der grofsen, traubenförmigen Schleimdrüsen, welche man wahrnimmt, wenn man die Oberlippe eines Gesunden zwischen Daumen und Zeigefinger rollen läfst, war verschwunden. Übrigens war die Palpation nicht schmerzhaft.

An den geschwollenen Stellen war die Oberfläche der Lippe mit dicken Borken belegt, nach deren Entfernung teils seichtere, teils tiefgehende Geschwürchen zu Tage traten. Eine stärkere Eiterung, wie sie der Patient für die früh bestehenden Geschwüre angibt, war (noch) nicht vorhanden. Die in einer Flucht mit den Drüsen der Oberlippe an der Rachenschleimhaut sich hinziehenden glandulae buccales waren nicht alteriert. An der Unterlippenschleimhaut sah man weifse, derbe, netz-

förmig gestrickte Narben an den Stellen der früheren Geschwüre. Die Unterkieferdrüsen waren nicht geschwollen. Die subjektiven Empfindungen waren auffallend gering; Schmerzen eigentlich nur an zufälligen Einrissen der Lippen vorhanden.

Aufserdem war seit einem Jahre eine erosive Glossitis des linken Zungenrandes und der Zungenspitze vorhanden, die eine beständige Empfindlichkeit der Zunge verursachte; an drei kleinen Stellen war die Oberfläche der Zunge tiefer erodiert, weifsgelblich belegt. Zähne und Zahnfleisch waren in sehr verwahrlostem Zustande.

Der Patient gab an, vor 16 Jahren Syphilis acquiriert zu haben (Sklerose, Roseolen, allgemeine Drüsenschwellung), von der er durch eine Schmierkur befreit wurde. Von Tuberkulose waren an ihm keine Anzeichen zu finden; seine Mutter war an Phthisis gestorben, sein Vater an einer Verjauchung der Lungen.

Der ungemein chronische Verlauf der Affektion, der Mangel der Schmerzhaftigkeit und der Drüsenschwellung, die spontane Verheilung der früheren Geschwüre liefsen die Annahme tuberkulöser Mundgeschwüre, primärer und sekundärer Syphiliden ausschliefsen. Schwieriger erschien die Differentialdiagnose zwischen der Baelzschen Krankheit und tertiären Syphilomen der Glandulae labiales. In dieser Beziehung mufste ich mich, da mir zu jener Zeit noch eigene Erfahrungen über Gummen dieser Schleimdrüsen fehlten, daran halten, dafs den bestehenden Geschwüren ganz entsprechende vorhergegangen, die nach typischem Verlauf spontan vernarbten, und dafs anderseits specifische Medikationen den Prozefs nicht zum Stillstand gebracht hatten. Die Diagnose lautete daher: Erosive Glossitis und Gingivitis, Baelzsche Krankheit der Glandulae labiales.

Ich verordnete dem Patienten das mir von Bäelz für dieses Leiden empfohlene Mittel, nämlich Bepinselungen mit Jodtinktur und aufserdem eine zweckmäfsige Mundpflege. Nach einem Monat sah ich den Patienten wesentlich gebessert wieder. Der Prozefs war an der Schleimhaut zum Stillstand, und schon zu partieller Ausheilung gekommen. Merkwürdigerweise schien er an einer Stelle über das Lippenrot auf die äufsere Haut übergegriffen zu haben, indem an der linken Seite einige benachbarte Haarfollikel fest infiltriert, von warzigem Aussehen und mit eitrigen Börkchen bedeckt waren. Seitdem habe ich den Patienten aus den Augen verloren.

Wenn in diesem Falle ein Zweifel noch möglich war, ob es sich wirklich um eine nichtsyphilitische, selbständige Affektion der Drüsen handle, so konnte ein solcher in einem Falle, den ich Juli 1887 beobachtete, nicht aufkommen.

Von dem mir befreundeten Hausarzte wurde ein 16jähriges, bei den Eltern lebendes Mädchen zu mir gesandt mit der Bitte, eine Diagnose zu

stellen, da der Verdacht rege geworden war, es möchte sich um einen Lippenschanker handeln. Bei der Tragweite eines solchen Ausspruchs erschien die gröfste Vorsicht geboten. Hier will ich nur das Resultat mitteilen; die genaueste Untersuchung der Patientin ergab nicht den geringsten Anhaltspunkt zur Annahme einer luetischen Infektion.

Der örtliche Befund war sehr ähnlich wie in dem soeben erwähnten Falle. Nur war hier die Unterlippe stark verdickt und dadurch etwas ectropioniert. Sie fühlte sich im mittleren Teile hart an, doch ohne dafs die Grenzen der Verhärtung wie bei der Sklerose scharf umschrieben, gut umgreifbar, knorpelartig waren. Übrigens war die Palpation ebenso wenig schmerzhaft, wie sie beim Lippenschanker zu sein pflegt. Zog man die Lippe nach abwärts, so erschien jederseits von der Mittellinie auf der blaurot geschwellten Schleimhaut ein ziemlich tiefes, geschnittenes, scharf rotgerändertes Geschwür mit gelblich belegtem, feuchtem Grunde. Diese Ulcerationen entsprachen genau den beiden gröfsten Anhäufungen der acinösen Schleimdrüsen an der Unterlippe. Wenn man nach einer Ähnlichkeit suchen wollte, so war eine solche viel eher mit Ulcera mollia oder gewissen, seltenen, follikulären Ulcerationen der Haut vorhanden, als mit einer syphilitischen Initialsklerose.

Aufser diesem, auf eine besondere Ulceration der Glandulae labiales hindeutenden Befunde sprachen gegen die Annahme eines primären Syphilids erstens die Abwesenheit jeglicher Schwellung der Unterkieferdrüsen und sodann der Umstand, dafs diese Geschwüre, ohne sich viel zu verändern, bereits seit mehreren Wochen bestanden hatten.

Die Mundschleimhaut war sonst im ganzen gesund. Nur zog sich in der Richtung und Höhe der Mundspalte eine bläulich verfärbter, etwas angeschwollener Streifen an der Innenseite beider Backen entlang bis zu den Backzähnen. Derselbe entsprach dem Gürtel von Mundschleimdrüsen und deren Ausführungsgängen an der Backenschleimhaut. Diese Glandulae buccales waren jedoch nicht geschwollen oder ulceriert.

Ich hatte zwei Monate lang Gelegenheit, das junge Mädchen während der Heilung zu beobachten und mich zu überzeugen, dafs die Affektion unter einfacher örtlicher Behandlung mit Jodtinktur ausheilte und keine auf Syphilis zu beziehenden Allgemeinerscheinungen auftraten.

Wie in dem mir von Baelz mitgeteilten Falle, waren in diesen beiden Fällen die folgenden Momente von Belang, welche die in Rede stehende Affektion ausreichend zu charakterisieren scheinen:

1. Die Erkrankung ist eine eminent chronische. Sie ergreift eine Lippenschleimdrüse nach der anderen und hört spontan erst mit deren Auseiterung und definitiven Vernarbung auf.

2. Sie kennzeichnet sich durch eine indolente Schwellung und In-

filtration des periglandulären Gewebes und durch eine langsam von aufsen in die Tiefe greifende Ulceration.

3. Die Unterkieferdrüsen sind nicht geschwollen, das Allgemeinbefinden ist nicht gestört.

4. Sie beruht auf einer besonderen, mit Syphilis nicht im Zusammenhange stehenden Infektion der Lippenschleimdrüsen und vergesellschaftet sich gern mit anderen, mehr oberflächlichen katarrhalischen Entzündungsprozessen der Mundschleimhaut.

5. Die örtliche Behandlung mit Jodtinktur wirkt bei derselben als Specificum.

In Ermangelung einer besseren, besonders ätiologischen Benennung möchte ich vorschlagen, dieselbe vorderhand als Barlzsche Erkrankung der Lippenschleimdrüsen zu bezeichnen.

Erst im letztvergangenen Jahre hatte ich Gelegenheit, eine mit Sicherheit auf Syphilis zurückzuführende Erkrankung der Mundschleimdrüsen kennen zu lernen. Es handelte sich um eine ältere Frau, die sich in meiner Poliklinik wegen einer Geschwulst der rechten Backe vorstellte. Man fühlte mitten in der rechten Backe in der Höhe der Mundspalte eine eiförmige, flache Geschwulst, etwa von der Gröfse einer Krachmandel, die vollkommen indolent war und sich langsam gebildet haben sollte. Bei genauerer Untersuchung der sonst gesunden Wangenschleimhaut entdeckte ich aber noch eine Reihe kleinerer, rundlicher Geschwülste, welche sämtlich innerhalb des Schleimdrüsengürtels safsen und sich von den Glandulae molares der rechten Seite in abnehmender Gröfse und Konsistenz über die Oberlippe nach links fortzogen. Auch die Schleimdrüsen der Unterlippe waren etwas angeschwollen. Die Unterkieferdrüsen waren nicht empfindlich oder geschwollen. Es handelte sich mithin um eine indolente Vergröfserung und Verhärtung sämtlicher Mundschleimdrüsen. Da ich die Patientin vor Jahren an Syphilis behandelt hatte, so vermutete ich das Vorhandensein einer tertiär syphilitischen Infiltration dieser Schleimdrüsen und verordnete nur innerlich Jodkalium. Die prompte Resorption der Geschwülste bei dieser Medikation bestätigte die von mir nach den Antecedentien der Frau gehegte Vermutung.

Ich möchte an dieser Stelle aber noch auf eine weitere Beobachtung hinweisen, die ich, seitdem ich den Schleimdrüsen des Mundes mehr Beachtung schenkte, öfters machen konnte. Wir finden bei Sekundärsyphilitischen häufig trotz peinlicher Mundpflege, Enthaltsamkeit vom Tabak, und trotzdem merkurielle Behandlungsmethoden zeitweise sistiert sind, Erosionen mit gelblichem Belage hartnäckig an bestimmten Punkten der Mundschleimhaut, besonders an der Innenseite der Lippen und längs der Zahnkanten recidivieren. Da dieselben auf eine leichte Höllensteinbetupfung gewöhnlich rasch verschwinden, so pflegt man denselben keine

besondere Beachtung zu schenken. Man vermutet irgend einen Fehler in der Hygiene des Mundes, eine scharfe Zahnkante, eine Verwundung mit der Zahnbürste, Gabel u. s. w., ohne eine ganz befriedigende Erklärung für das beharrliche Recidivieren der Erosionen geben zu können. In solchen Fällen ist es mir nun mehrmals gelungen, die Ursache dieser Erosionen in einer Schwellung der daselbst gelegenen Mundschleimdrüsen und ihren Ort als die Mündung des Drüsenganges zu erkennen, indem bei Druck auf die Drüse auf der abgetrockneten Schleimhaut ein Tröpfchen zu Tage tritt; hierbei erweisen sich die Drüsen gewöhnlich als empfindlich und etwas vergrößert.

Ich bin nun weit entfernt, diese Schwellungen der Mundschleimdrüsen bei Sekundärsyphilitischen als syphilitische Veränderungen der Drüsen hinzustellen. Mir scheint es sogar wahrscheinlicher, daß wir es hier mit einer durch das Quecksilber und seine Abscheidung auf dem Wege des Munddrüsenapparates erzeugten Schädigung des Epithelgewebes zu thun haben. Es liegt mir nur daran, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen in Zukunft auf diesen Punkt zu lenken und für manche, mit Hartnäckigkeit an Ort und Stelle recidivierenden Erosionen eine Erklärung aufzustellen.

In solchen Fällen, wo ich bei Syphilis und Hydrargyrose des Mundes bei der Palpation die Schleimdrüsen geschwollen finde, sehe ich vom Höllenstein als eine zu oberflächlich wirkende Substanz gewöhnlich ab und verordne mit besseren Resultaten eine Bepinselung der Mundschleimhaut mit verdünnter Jodtinktur.

Ich möchte diesen kleinen Ausflug in das Gebiet der Mundkrankheiten nicht schließen, ohne einen Fall von „Akne“ der Schleimdrüsen zu erwähnen, den ich einmal beobachtet habe. Bei einer Dame war seit einem halben Jahre um den Mund und besonders in der Kinngegend eine Eruption von Akneknötchen aufgetreten. Vor 3 Monaten hatte sich dazu auf der Schleimhaut der Oberlippe eine entsprechende Affektion der Schleimdrüsen ausgebildet. Es zeigten sich daselbst gelbe, doldenförmig gruppierte, härtliche Körnchen, die sich in keiner Weise veränderten. keine Empfindung verursachten, nicht abschilferten oder vereiterten. Sie entsprachen ihrem Sitze nach vergrößerten und dicht unter die Oberfläche gerückten Schleimdrüsen. Eine Behandlung mittels des Resorcinsalbenstiftes und Ichthyolseife beseitigte die Haut- und Schleimhautaffektion gleichzeitig. Eine ähnliche Affektion an den Schleimdrüsen der Portio vaginalis sah ich bei einer puella publica 1877.

Versammlungen.

X. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Berlin 1890.

XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Die Ursachen und die Entstehung der Lepra.[1]

Herr Hutchinson (London) hielt einen interessanten Vortrag über diesen Gegenstand. Er erklärte, dafs Lepra überall eine und dieselbe Krankheit ist. Die Entdeckung des Leprabacilius hat das Problem der Ätiologie des Leidens erheblich vereinfacht. Es steht fest, dafs der Bacillus entweder durch direktes Kontagium, oder mit der Nahrung auf den menschlichen Organismus übertragen wird. Ebenso sicher nachgewiesen ist die Thatsache, dafs weder das Kontagium noch die erbliche Übertragung bei der Weiterverbreitung der Lepra irgend eine bedeutende Rolle spielen. Engländer, welche in fremden Gegenden Lepra acquiriert haben, können nach Hause zurückkehren und mit ihrer Umgebung frei verkehren, ohne irgend welche Gefahr, die Krankheit weiter zu verbreiten. Anderseits können Engländer, bei denen nicht die entfernteste Möglichkeit einer Vererbung besteht, infolge eines Aufenthaltes in Lepragegenden die Krankheit acquirieren, ohne dafs es möglich wäre, irgend eine Berührung mit dem Kontagium nachzuweisen. Es erhellt hieraus, dafs der Leprabacillus in fast allen Fällen mit der Nahrung aufgenommen werden mufs. Die einzige Art von Speisen, welche in allen den verschiedenen Gegenden, wo die Affektion endemisch ist, als verdächtig angesprochen werden kann, sind Fische. Die Behauptungen, welche man gegen die Fischtheorie bei Lepra ins Feld geführt hat, werden sich wahrscheinlich in Zukunft als irrtümliche Beobachtungen erweisen. Redner zeigte sodann eine Anzahl von Zeichnungen, die das Stadium Erythematis der Lepra illustrierten. Er behauptete, es gäbe in Wirklichkeit keine eigentlich getrennte Formen dieser Krankheit; jede Lepra beginne als ein Erythem, sei dasselbe fleckig oder diffus, und die sogenannte tuberose Form stelle für gewöhnlich ein späteres Stadium dar, das namentlich bei hochgradigen Fällen sich entwickele. Er machte ferner auf den Unterschied zwischen den beiden Arten der Anästhesie aufmerksam; von diesen fängt die eine in der Haut selbst an und ist eine Folge des Erythems, während die andere auf Neuritis beruht. Die letztere richtet sich immer in ihrer Verteilung nach den bekannten Ausdehnungsgebieten der einzelnen Nerven, die erstere steht mit denselben in gar keinem Zusammenhange. Die eine (die neuritische Form) sei in der Regel eine komplete, die andere sei eine durchaus inkomplete. Sie verhalten sich zu einander in derselben Art und Weise wie Retinitis und Neuritis nervi optici bei einem Fall von Amaurose. Redner betonte, dafs einige Autoren den Ausdruck Lepra anästhetica blofs auf die eine Art der Anästhesie, andere Verfasser wiederum denselben ausschliefslich für die andere Art derselben angewendet wissen wollten; er selbst habe gefunden, dafs alle Arten von Lepra notwendig anästhetische sind, und dafs zwar viele Fälle niemals in das Knötchenstadium übergehen, dafs aber keine dem anästhesierenden Vorgange entgehen. Er glaube, die ersten Äufserungen dokumentierten sich gewöhnlich in der Haut, und dafs hier eine Art ascendierender

---

[1] Nach *The British Journal of Dermat.* Bd. II. No. 9.

Neuritis beginne, welche beim Hinaufsteigen bis an die Vereinigung von sensiblen und motorischen Nervenbahnen ein Mitbefallenwerden letzterer bedinge. Auf diese Weise werde die Implikation der Muskeln herbeigeführt.

Alsdann ging Redner zu einer Betrachtung der wahrscheinlichen Ursachen der Lepra über, und nachdem er betont hatte, dafs Lepra in allen Ländern stets die nämliche Krankheit ist, führte er weiter aus, dafs in allen Fällen die Ursache derselben die gleiche sein müsse. Vernünftigerweise könne man unmöglich eine andere Entstehungsweise für Norwegen, als z. B. für Indien gelten lassen. Wir müssen unbedingt eine Erklärung finden, welche für alle Länder, wo Lepra herrscht, Geltung besitzt. Seiner Meinung nach gäbe es nur eine Erklärung, welche dieser Anforderung entspreche, nämlich die, dafs man annimmt, der die Störung bedingende Bacillus gelange mit der Nahrung hauptsächlich in Form von Fischspeisen, und zwar meistens durch getrocknete Fische in den Organismus. Er sei der Ansicht, dafs die Ausbreitung des Christentums mit den zahlreichen Fasttagen, an denen viele gesalzene Fische genossen wurden, die Ursache gewesen sei, dafs Lepra im Mittelalter so häufig in Europa wurde.

Was die Ansteckungsfähigkeit im gewöhnlichen Sinne bei Lepra betrifft, so erhält eine ungeheure Menge des vermeintlichen Beweismaterials sofort eine gründliche Abschwächung, sobald wir den Verdacht aufkommen lassen, dafs das Virus in Verbindung mit der Nahrung aufgenommen werden könne. Die zwei Hypothesen vom Kontagium und der Nahrung geben beide, jede für sich allein, eine hinreichende Erklärung derselben Thatsachen. Es würde niemand einfallen, die Gicht für kontagiös zu halten aus dem Grunde, dafs mehrere Angehörige einer und derselben Haushaltung zufällig gleichzeitig davon befallen wurden. Ein Irrtum dieser Art mag wohl den Beweisgründen für das Vorherrschen der Lepra in gewissen Gegenden und in gewissen Familien zu Grunde liegen und den anderen Argumenten der Anhänger der Ansteckungstheorie; aber diese Thatsachen sind sehr wohl durch den Umstand zu erklären, dafs alle die Erkrankten von derselben, das Gift enthaltenden Speise genossen hatten. Eins der Hauptargumente der Kontagionisten ist das, dafs in vielen Ländern die Isolierung der Kranken zum Aussterben der Lepra geführt hat. Diese Beweisführung beruht auf einer verkehrten Auffassung der Thatsachen; die Isolierung hat man zwar versucht durchzuführen, jedoch ist dieselbe niemals mit genügender Gründlichkeit ins Werk gesetzt worden, um zur Exstirpation einer ansteckenden Krankheit mit wirklichem Erfolge haben dienen zu können. In vielen Anstalten wurden die Leprakranken mit Blinden und anderen, von der Wohlthätigkeit abhängigen Individuen zusammen untergebracht. Diagnostische Irrtümer kamen naturgemäfs häufiger vor; und überhaupt kann niemand, der mit den geschichtlichen Thatsachen bekannt geworden ist, einen Augenblick glauben, dafs das mittelalterliche Isolierungssystem jemals konsequent genug durchgeführt wurde, um eine wirklich kontagiöse Krankheit an ihrer Weiterverbreitung zu hindern.

Herr Hutchinson formulierte darauf folgende, der Kontagionstheorie entgegenstehende Beobachtungen:

1. Eine gewisse Anzahl von Leprakranken kommt jährlich von anderen Ländern nach England. Gewöhnlich bleiben sie hier und verkehren ohne hemmende Einschränkungen mit ihren Bekannten; die Kinder dürfen die Schulen besuchen; wenn sie sich in die Hospitäler aufnehmen lassen, werden sie in den gemeinschaftlichen Sälen untergebracht; es werden keine Schutzmafsregeln gegen das Kontagium ergriffen, und dennoch breitet sich die Krankheit niemals weiter aus. Dasselbe gilt auch für Frankreich.

2. Eine gewisse Anzahl von Individuen aus der englischen Bevölkerung in ver-

schiedenen Altersstufen, die sich nach Lepragegenden begeben, um dort zu leben, wird von der Krankheit ergriffen. Kaum jemals kommt es bei diesen Fällen vor, dafs sich nachweisen liefse, wie die Betreffenden sich thatsächlich einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt hätten. Beinahe ausnahmslos erklären solche Kranke, sie hätten niemals einen Leprakranken zu Gesicht bekommen.

3. Die Angestellten an Leprahospitälern, Ärzte, Pflegerinnen, Studenten werden kaum jemals von der Krankheit ergriffen. Die wenigen vorkommenden Ausnahmen finden unter solchen Umständen statt, dafs die Nahrungshypothese zum mindesten dabei ebensoviel für sich hat, wie diejenige von Kontagium.

Herr Hutchinson berührte darauf kurz die Frage von der Erblichkeit der Lepra und zeigte, dafs die angeblichen Beweise für diese Hypothese unzuverlässig und dafs die daraus gezogenen Schlüsse irrig sind. Ganz dieselben Thatsachen könnte man mit ebenso gutem Recht zur Stütze der Nahrungs- oder der Kontagiumstheorie anführen. Der gewichtigste Gegenbeweis gegen die Verordnung ist die Thatsache, dafs bei den Nachkommen der norwegischen Einwanderer in Nordamerika die Affektion fast gänzlich verschwunden ist.

Redner wandte sich nun zu dem Hauptthema seines Vortrages, dem Beweise, dafs das Lepravirus in Form von Fisch dem Organismus beigebracht werde. Die Fischhypothese setzt durchaus nicht voraus, dafs gröfsere Mengen von Fisch gegessen werden; eine geringe Quantität kann hinreichen oder selbst ein einziges Stückchen, falls dasselbe den Bacillus enthält. Es gibt zwei Wege, auf denen möglicherweise die Krankheit durch die Fischnahrung verursacht werden könnte. Einmal könnte dies direkt durch die Einführung des Bacillus in den Magen geschehen, oder zweitens, es könnte sein, dafs die Fischnahrung einen schon in den Geweben eingenisteten Bacillus zu neuer Thätigkeit anregt. Das erstere scheint das Wahrscheinlichere zu sein, obgleich allerdings die Fischspeisen die weitere Entwickelung eines Bacillus, wenn derselbe erst in den Magen eingeführt ist, bedeutend fördern könnten. Zu allen Zeiten und in fast jedem Lande, wo Lepra geherrscht hat, da hat die Fischnahrung mehr oder weniger Verdacht auf sich gelenkt. Es gibt keinen anderen Nahrungsartikel, der in allen Lepragegenden in Anwendung käme. Die meisten Plätze, wo die Krankheit vorkommt, sind Küstenortschaften; dieselbe ist aber namentlich auf Inseln ganz besonders häufig vertreten. Überall, wo sich nachweisen läfst, dafs die Bevölkerung hauptsächlich von Fischen sich nährt, da läfst sich auch Lepra finden. Was aber die gegen diese Theorie geltend gemachten Beweise, die sich auf die Behauptung stützen, dafs die Mitglieder gewisser Kasten in Indien (unter denen Lepra vorkommt) keinen Fisch essen dürfen, betrifft, so hat Redner wiederholt bestätigen hören, dafs dieses Verbot der animalischen Kost sich nicht auf Fische erstrecke, oder jedenfalls dafs solches Gesetz nicht gehalten werde. Weiter hinein im Inlande, wo Fische eine Seltenheit sind, würden dieselben wahrscheinlich in ihrer gefährlichsten Form, in einem Zustande der Zersetzung, anlangen.

Diskussion:

Herr Arning (Hamburg). Was die Hawaiiinseln betrifft, so haben dort die Eingeborenen immer Fische genossen, und doch ist die Entwickelung der Lepra dort eine verhältnismäfsig neuere Sache. Es ist behauptet worden, die Lepra habe seit Menschengedenken auf diesen Inseln schon bestanden, indessen habe er vollgültige Beweise vom Gegenteil beizubringen. Die Gebeine von früheren Generationen der Hawaiianer werden pietätsvoll in Höhlen aufbewahrt, nebst einem Verzeichnis der Generation, zu welcher sie gehören. Redner habe zu diesen Sammlungen Zugang gehabt und habe viele Dutzende der Skelette untersucht, ohne jemals eine Spur der so aufserordentlich charakteristischen Veränderungen, welche Lepra an den Knochen

sonst hervorruft, entdecken zu können. Seine eigenen Erfahrungen hätten ihn also davon überzeugt, dafs die Krankheit erst in diesem Jahrhundert auf den Sandwichsinseln eingeschleppt worden ist. Ferner bemerkte Redner, dafs die Chinesen, welche notorisch alle Arten von Meeresprodukten verzehren und selbst oft ohne dieselben zu kochen, verhältnismäfsig wenig von dem Leiden ergriffen werden. Allerdings ist die Sitte, die Fische zu präservieren, erst innerhalb der letzten 30 Jahre auf Hawaii eingeführt, und es ist ferner der Fall, dafs die Eingeborenen diese Fische essen. Aber dem entgegen steht der Umstand, dafs die dort ansässigen Europäer, welche die Fische in dieser rohen Form nicht essen, ebenfalls der Lepra anheimfallen.

Herr Leloir (Lille). Als ich meine „Abhandlung über die Lepra" beendigt hatte, hörte ich von einem meiner Freunde, einem angesehenen Arzte Brasiliens, dafs für ihn die wahrscheinliche Ursache der Lepra in Brasilien in der Nahrung zu suchen sei.

Nach der Ansicht dieses brasilianischen Arztes wurde die Lepra bei den Südbrasilianern durch genossenes Walfischfleisch hervorgerufen, bei den Nordbrasilianern durch den Genufs von Fleisch, das von solchen Schweinen herrührte, welche mit der Frucht der Araucaria brasiliensis ernährt wurden.

Also war mein gelehrter Freund auch Anhänger der Nahrungsmitteltheorie! Es gibt nichts einfacheres, als den Ursprung der Lepra auf den Speisezettel zurückzuführen. Genufs von Walfischfleisch im Süden von Brasilien, von Schweinefleisch im Norden! (In der That werden die Schweine dort mit der Frucht der Araucaria brasiliensis gefüttert.)

Dafs sich die Lepra neuerdings wieder in England und Irland zeigt, findet nach der Meinung vieler Ärzte, die Anhänger der Nahrungsmitteltheorie sind, leichte Erklärung. Unsere Nachkommen werden vielleicht das Roastbeaf oder den Lachs dafür verantwortlich machen.

M. H.! Diese Theorie, welche ich, verzeihen Sie den Ausdruck, mit dem Namen der „Speisekartentheorie" bezeichne, ist sehr alt. Sie erscheint von Zeit zu Zeit stets unter einer anderen Form. Sie ist darauf zurückzuführen, dafs die Lepra stets folgte und jetzt noch folgt den grofsen Verkehrsstrafsen der Menschen (folglich auch deren Speisezetteln), wie es ganz vorzüglich die Karten beweisen, welche ich in meiner Abhandlung über die Lepra veröffentlicht, und die, welche Herr Hutchinson uns soeben vor Augen geführt hat.

Aber es genügt doch nicht, dafs man zur Erklärung dieser Karten allein die Nahrungsmitteltheorie heranzieht. Diese Karten zeigen eigentlich nur an, dafs die Lepra fast nur dem Verlaufe der Flüsse, dem Strande des Meeres folgt und dafs ihr Ursprung immer auf den Menschen selbst zurückzuführen ist, denn sie folgt, ich wiederhole es, stets den grofsen Verkehrsstrafsen. Ich glaube, dafs ich die Nahrungsmitteltheorie in meiner „Abhandlung über die Lepra" genügende Gerechtigkeit habe widerfahren lassen und brauche daher hier des Näheren nicht einzugehen.

Alles weist darauf hin, dafs die Lepra eine kontagiöse Krankheit ist und durch den Menschen weiter verschleppt wird.

Das Kontagium (und die Heredität, welche nur eine Form des Kontagiums bei der Lepra ist), sind die einzigen Ursachen des Weiterschreitens der Lepra. Wie ich schon in meiner „Abhandlung über die Lepra" gesagt habe: „die Lepra stammt vom Menschen, zieht mit dem Menschen und kehrt zum Menschen zurück."

Die Regierungen müssen dem Beispiele Norwegens folgen, einem schlagenden Beispiele, und müssen die Leprösen in Asylen oder besser noch in Kolonien, und soweit es möglich ist, sogar auf Inseln isolieren, die zu Kolonien umgewandelt werden.

Anders handeln hieſse nicht nur einen groſsen wissenschaftlichen Fehler begehen, sondern wäre sogar ein Verrat an der Menschheit.

Herr Petersen (St. Petersburg) berichtete, daſs in den neutralen Teilen von Sibirien in gewissen Gegenden das Wasser so selten sei, daſs die Einwohner kaum zum Trinken genügend hätten; und trotzdem sicherlich keine Fische da vorkämen, fände man doch Lepra dort. Im Gegensatz zu der Fischhypothese machte er von der Krankheitsgeschichte einer aus sechs Mitgliedern bestehenden Bauernfamilie, welche er erst noch vor kurzem besucht habe, Mitteilung. Vor zwei Jahren hatte die Mutter nachweislich Lepra; im vorigen Jahre entwickelte sich die Krankheit bei dem Vater, und jetzt hatte er (Redner) konstatiert, daſs eine der Töchter unverkennbare Anzeichen desselben Leidens darbietet. Alle die sechs Mitglieder dieser Familie leben zusammen, führen die gleiche Lebensweise, haben dieselbe Nahrung genossen u. s. w. und doch sind es ihrer nur drei, die an der Affektion erkrankten. In diesem Falle scheint es eine besser begründete Hypothese, eine auf irgend eine andere Weise als durch die Nahrung stattgefundene Infektion anzunehmen.

Herr Schuster (Aachen) schilderte einen von ihm beobachteten Fall. Bei einer aus fünf Mitgliedern bestehenden Familie, die im intimsten Verkehr beisammen lebt, hat die Mutter seit Jahren an Lepra gelitten, und dennoch ist noch kein weiteres Glied der Familie daran erkrankt. Derartige Thatsachen scheinen der Idee eines Kontagiums irgend welcher Art absolut zu widersprechen.

Herr Hutchinson, dessen anderweitige Verpflichtungen ihn nötigten, die Sitzung zu verlassen, erwiderte vor Schluſs der Debatte. Er sagte, er sei Dr. Arning zu lebhaftem Danke verpflichtet für seine Mitteilungen über die erst neuerdings auf den Sandwichsinseln geschehene Einführung des Gebrauchs des Einsalzens der Fische. Es sei dies gerade ein Umstand, nach welchem er gesucht habe, denn er habe sich gesagt, es müsse irgend eine Veränderung in den Gewohnheiten betreffs des Genusses von Fischnahrung eingetreten sein, wodurch sich die auffallende Zunahme der Krankheitsfälle auf jenen Inseln erklären lassen würde. Bisher habe er die nötige Kenntnis der einschlägigen Thatsachen sich durchaus nicht verschaffen können, jetzt habe Dr. Arning ihm das notwendige Material geliefert. Dr. Arnings Bemerkung, daſs die Chinesen nicht mehr als die anderen Völkerschaften von dem Leiden ergriffen würden, spreche mehr zu gunsten einer in der Nahrung zu suchenden Ursache, als für die kontagiöse Theorie. Es sei wahr, die Chinesen erkrankten in ihrer Heimat nicht so hochgradig wie die Bewohner der Sandwichsinseln. Sie trügen also durch die Verbreitung der Sitte des rohen Fischgenusses, nicht durch das Kontagium zur Fortpflanzung des Leidens bei. Wenn das Leiden kontagiös wäre, so müſsten die Chinesen bei ihrer bekanntlich sehr mangelhaften Reinlichkeit in erster Linie affiziert werden. Dasselbe was auf den Hawaii-Inseln stattgefunden hatte, ereigne sich jetzt am Kap der guten Hoffnung. Dort sei eine Kolonie von Fischerei treibenden Malaien mit der Herstellung eingesalzener Fische beschäftigt; die Fische würden in beträchtlichen Quantitäten nach dem Inlande versandt und eine gewisse Anzahl von den Leuten, welche davon lebten, verfiel der Krankheit.

Er (Redner) stehe in ausgesprochenstem Gegensatze zu Herrn Leloir mit seinem Glauben an das Kontagium und an die Notwendigkeit der Isolierhäuser. Er leugnete, daſs die Isolierung die Verminderung der Affektion in Norwegen bedingt habe, denn diese Maſsregel sei thatsächlich niemals richtig durchgeführt worden, und auſserdem sei die Krankheit schon längst im Abnehmen begriffen gewesen, ehe dieselbe überhaupt in Anwendung gekommen war. Noch heutzutage aber sei es möglich, wie man ihm versichert habe, in den Straſsen von Bergen Leprakranke als Inhaber und Verkäufer an Buden zum Verkaufe von Obst und anderen Waaren anzutreffen. Auſser-

dem wisse niemand besser als Herr Leloir selbst, dafs die Krankheit im Abnehmen begriffen oder ganz ausgestorben sei, selbst in Gegenden, wo keinerlei Versuch zu isolieren überhaupt gemacht worden ist. Dies ist auf Island, an der Ostsee u. s. w. der Fall; das beste neuere Beispiel dieser Art bietet aber vielleicht Neu-Seeland. Früher sei hier das Leiden unter den Masris weit verbreitet gewesen, sei aber fast völlig erloschen seit der Einführung der englischen Civilisation nebst der englischen Nahrung. Derartige Thatsachen ständen ganz und garnicht mit dem Gedanken des direkten Kontagiums im Einklang, und sie bewiesen, dafs die Isolierung überflüssig sei.

Herr Dr. Abraham (London) erwähnte Hawtrey Bensons in Dublin beobachteten Fall, welcher von Herrn Hutchinson nicht mit angeführt worden war; ferner die von Thologan festgestellten Thatsachen, dafs in den Gebirgsgegenden von Kurdistan, trotzdem dort Fische nicht vorkommen, dennoch Lepra anzutreffen ist.

Herr Kaposi (Wien) glaubte, die Verschiedenheiten der Theorien seien infolge des sehr geringen Grades der Ansteckungsfähigkeit der Lepra entstanden. In dieser Beziehung könne man damit die Pityriasis versicolor in Parallele stellen. Bei dieser letzteren kennen wir den Krankheitskeim vollständig, und die Kontagiosität der Affektion, wenn sie auch gering ist, wird doch von niemand angezweifelt. Dennoch sind Inokulationsversuche meistenteils gescheitert, und vom klinischen Standpunkt aus ist die Krankheit in praktischer Hinsicht nicht kontagiös.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Nieheim.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Chirurgische und bakteriologische Erfahrungen über das Pyoctanin, von Prof. Garrè u. Dr. Troje. (*München. med. Wochenschr.* 1890. No. 25.) Die klinischen Erfahrungen über das von Stilling eingeführte Pyoctanin lauten sehr ungünstig. Es wurde von Garrè bei allen möglichen akuten und chronischen Eiterungen angewandt, bei welchen es sich als ein durchaus ungiftiges Antisepticum zeigte, das absolut keine spezifisch antipyogene Wirkung besitzt und in dieser Hinsicht nicht mehr als andere Antiseptica leistet. Trojes exakte bakteriologische Untersuchungen führten zu dem Resultate, dafs eine Pyoctaninlösung (Methylviolett) von 1 : 1000 zwar ein deutlich entwickelungshemmendes, aber selbst bei 12 Stunden langer Einwirkung Eiterkokken noch nicht sicher tötendes Mittel ist. Auch gelang es Troje, die Staphylokokken im Eiter eines mit Pyoctanin behandelten Falles nachzuweisen und sie auf Agar und Gelatine zu züchten. Von einem der Agarröhrchen wurde eine Aufschwemmung gemacht und davon einem Kaninchen subkutan injiziert. Das Tier starb unter Konvulsionen, und an den Impfstellen präsentierten sich typische Staphylokokkenabscesse.

Leistikow-Hamburg.

Über medikamentöse Eiterungen bei Hautkrankheiten, von Dr. v. Sehlen. (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.* Bd. VIII. No. 4.) Der Verf. untersuchte eine Reihe von Fällen auf Unnas Klinik, bei denen eiterige Dermatitiden unter dem Gebrauch verschiedener Medikamente aufgetreten waren, durch das Kulturverfahren. Im Fall I (Lupus faciei mit $HgCl_2$ behandelt) zeigten sich sämtliche Kulturgläschen frei von Pilzentwickelung. Ebenso Fall II (Pruritus hiemalis mit Tinct. Jodi) und Fall III (Lepra tuberosa mit Pyrogallol behandelt). Im Fall IV (Eczema seborrhoicum mit

Pyrogallol behandelt) fanden sich zahlreiche Kolonien verschiedener Mikroorganismen, ein Resultat, welches auch bei Fall V (Trichophytia capitis mit Chrysarobin behandelt) erzielt wurde. In den Fällen mit negativem Kulturergebnis ist die Reizwirkung des Medikamentes allein als die Ursache der Eiterung anzusehen. Der medikamentöse Eiter ist weniger kopiös und rahmartig, sondern mehr weifs gefärbt, auch enthält er keine morphologisch differenzierte Eiterorganismen. — Beim Pyrogallol hängt es wohl von dem mehr oder minder zufälligen Vorhandensein bakterieller Hautparasiten ab, ob eine Entwickelung derselben in dem schon vorgebildeten Entzündungsprodukte erfolgt, welche durch das Medikament an sich nicht verhindert wird. Beim Chrysarobin ist es schwer zu entscheiden, ob der Übergang zur Eiterung nicht schon durch die Mitwirkung von pyoforen Organismen erfolgt. Die Eiterung ist nur eine gesteigerte Entzündung. Auch der jeweilige Zustand der Cutis an sich ist wichtig für das Auftreten einer medikamentösen Eiterung. Die Idiosynkrasien der Haut für gewisse Arzneimittel sind als ein besonderer Ausdruck der „individuellen Disposition" anzusehen. *Leistikow-Hamburg.*

Pharmakologisches.

Zur Bereitung von Karbolgaze verwendet G. Doux folgende Lösung:

Spirit.	90 %	1250,0
Acid. carb.		100,0
Terpentin		0,5
Colophon.		0,5
Glycerin		1,0

für 25 Meter Gaze.

Die Gaze wird in der Lösung 2—3 Stunden belassen, dann leicht ausgedrückt und getrocknet. Erst wenn die Gaze vollkommen trocken ist, entwickelt sich der Phenolgeruch. Dieselbe mufs in Pergamentpapier oder in kartoniertem Papier aufbewahrt werden, niemals in Metallgefäfsen, da sie dann bald gelb wird. Jeder Meter enthält 4 g Karbolsäure. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 14.)

Dreckmann-Recklinghausen.

Die Löslichkeit des Jodoforms in Olivenöl, von Dr. F. Klingemann. (*Centralbl. f. Chir.* 1890. No. 32.) Man erhält eine gesättigte Lösung dadurch, dafs man 5 g CHJ_3 und 30 g Öl 12 Stunden lang mit Hilfe einer kleinen Turbine durcheinander schüttelt und danach das Ganze mit Glaswolle filtriert. Aus den quantitativen Analysen ging hervor, dafs Olivenöl 2,5 bis 3 % Jodoform löst.

Leistikow-Hamburg.

Cirkulationsstörungen.

Zur Entstehung der Hauthämorrhagien. (Aus der med. Klinik des Prof. Nothnagel in Wien), von Dr. Th. von Kogerer. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. X. Heft 3.) Nach Besprechung der Litteraturgeschichte dieses Gegenstandes wendet sich Verf. zur anatomischen Beschreibung reichlich exzidierter Stückchen von Haut-

blutungen. In allen Fällen fanden sich Thromben, gewöhnlich in kleinen Venen, seltener in kleinen Arterien sitzend, vor. Bisweilen sah man auch Entartung der Gefäfswände der Cutis und des Bindegewebes — eine Veränderung, welche angeblich auch RIEHL bei Scorbut, Morb. maculos. etc. fand. Es handelte sich regelmäfsig um eine ausgebreitete Endarteriitis mit Verdickung aller Wandschichten, hyaliner Degeneration und teilweiser Verfettung derselben, Verengerung des Lumens und Wucherung des Endothels. Im perivaskulären Binde- und Fettgewebe Rundzelleninfiltration. An den hämorrhagischen Stellen fanden sich Blutaustritte resp. Blutpigment vor. Die Arterien des Strat. retic. cutis waren am meisten erkrankt, weniger die Gefäfse des Fettpolsters, am wenigsten die subpapillar gelegene Gefäfsschicht. Überall zeigten sich Pigmentierungen und endlich Blutaustritte. Die Blutung dürfte wohl stets per rhexin erfolgt sein. Die Entstehung der Berstung ist durch die Thrombosierung sowie durch das Vorhandensein des niedrigen Blutdrucks bei den marastischen Individuen, um die es sich ja meist handelt, gegeben. Die Ursachen der Thrombose sind allgemeiner oder lokaler Natur. Zu der ersteren gehört die Verlangsamung des Blutstromes infolge der geschwächten Triebkraft des Herzens und vielleicht auch gewisse Veränderungen des Blutes selbst. Das Vorhandensein von Pigment zeugt für erfolgte Blutaustritte, wo solche nicht direkt nachzuweisen sind. Die Thromben selbst sind zweifellos die nächste Ursache der Pigmentierungen.

Leistikow-Hamburg.

Traumatische Entzündungen.

Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels, von Dr. H. PÜRCKHAUER in Bamberg. (*München. med. Wochenschr.* 1890. No. 24.) Man nimmt eine 40 %ige Kalilösung, erwärmt sie und befeuchtet damit die abzutragende Seite des Nagels. Nachdem nach wenigen Sekunden die oberste Schichte des Nagels so weich geworden st, dafs sie mit einem scharfrandigen Glas sehr leicht entfernt werden kann, befeuchtet man wieder und schabt dann so lange, bis der Nagel so dünn wie Papier ist. Sodann erhebt man mit der Pinzette den Nagel in die Höhe und schneidet ihn mit der Scheere von der anderen Seite ab. *Leistikow-Hamburg.*

Neurotische Entzündungen.

Über einen Fall von Herpes zoster sacro-genitalis, von Dr. HUGO DAVIDSON. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 30.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 18. Juli stellte D. einen 62jährigen Patienten vor, der vor 8 Tagen mit Fieber, Jucken und Brennen in der Analgegend erkrankt war. Man findet jetzt eine Infiltration der Haut mit Bläschenefflorescenzen, welche von der Analgegend ausgehend, sich nach links in etwa Handtellergröfse in der Gegend des Tuber ischii ausbreiteten, nach oben bis in die Gegend des Os coccygis reichten und nach unten über das Perineum auf die linke Seite des Skrotums und auf dieselbe Seite des Penis übergingen. Merkwürdig war es, dafs daneben eine Lähmung des Detrusor vesicae und eine Trägheit der Darmperistaltik bestand. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Kasuistik des Herpes gutturalis, von Dr. Max Kahn. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 16.) Der Verf. zählt die in der Litteratur bis jetzt verzeichneten Fälle von Herpes gutturalis etc. auf und teilt ausführlich zwei im Seiffertschen Ambulatorium beobachtete Fälle mit. In einem Falle beschränkten sich die Erosionen auf einen Teil der Mitte des harten Gaumens, in dem anderen hatte die Erkrankung die eine Hälfte des harten Gaumens okkupiert, erstreckte sich aber auch auf weichen Gaumen und Zahnfleisch. Bei dem letzteren Fall ist noch zu erwähnen, dafs die herpetische Erkrankung die Einleitung bildete zu einer Influenzaerkrankung, mit welcher jene auch gleichzeitig verschwand. Therapie: Boraxlösung.

Dreckmann-Recklinghausen.

Behandlung der Zona (Zoster), von Brocq. (*Revue gén. de clin. et de therap.* 1890. No. 18.)

Das rationellste Verfahren zur Behandlung des Zoster ist nach B. folgendes:

Man öffnet sämtliche vorhandene Bläschen in der Mitte mit einer feinen ausgeglühten Nadel, wäscht sie dann leicht mit einer spirituösen Borsäurelösung und bedeckt sie dann entweder mit antiseptischer Watte, oder mit einer Paste aus Zinkoxyd (10) und Borsäure (20). Darüber pudert man mit Amidam, und fügt eine zweite dicke Watteschicht über das Ganze.

Sind die Schmerzen allzu grofs, so fügt man der Paste Chloralhydrat, Kokain oder Morphium hinzu. *E. Jeanselme-Paris.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Zur Behandlung des Lupus mit Perubalsam. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 14.) Dr. Beckh stellte im ärztlichen Verein zu Nürnberg einen Mann vor, der seit 12 Jahren an Lupus der verschiedensten Körperteile erkrankt gewesen ist und durch die verschiedensten Behandlungsmethoden mehrfach ganz oder teilweise geheilt wurde. Als der Kranke November 1889 in Behandlung kam, bestanden lupöse Erkrankungen am Arm, Hals, Knie, besonders Fufsrücken. Dieselben wurden mit scharfen Löffeln und Paquelin entfernt und auf die frischen Wunden Perubalsam, auf Borlint gestrichen, appliziert. Sämtliche Stellen heilten mit Zurücklassung einer glatten Narbe. *Dreckmann-Recklinghausen.*

c. *Syphilis.*

Injektionen von Quecksilberoxycyanid gegen Syphilis, von Dr. O. Boer in Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1890. No. 7.) Das Quecksilberoxycyanid, welches selbst das Sublimat von den Hg-Präparaten an antiseptischer Wirksamkeit bedeutend übertrifft, ist eine Doppelverbindung von Quecksilber, mit dem grofsen Vorzug, dafs eben beide Salze Hg-Verbindungen sind, weshalb B. es bei der Behandlung der Syphilis empfehlen zu können glaubt. Es entsteht nach Lademann durch Zusatz von frisch gefälltem Oxyd zum Cyanquecksilber. Eine wässerige Lösung des Cyanids läfst in der Wärme erhebliche Mengen von Quecksilberoxyd zurück. Beim Erkalten krystallisiert das Oxycyanid in schwer löslichen, in der Hitze explodierenden kleinen Nadeln. B. hat nun experimentell den Nachweis geliefert, dafs es als Antiseptikum eine inten-

sivere Wirkung hat als Sublimat, und aufserdem sind folgende Vorzüge des Quecksilberoxycyanids hervorzuheben. 1. Das Mittel coaguliert nicht Eiweifs. 2. Die Reaktion der Lösung ist neutral oder alkalisch. 3. Das Präparat ist weniger giftig und weniger ätzend. 4. Es zersetzt sich nicht am Licht. 5. Es greift weniger als das Sublimat die chirurgischen Instrumente an. B. hat das Mittel bei 30 Patienten mit Erfolg zu subkutanen Injektionen angewandt, und zwar wurde täglich eine Pravazsche Spritze (1 g Inhalt) von einer 1,25 % Lösung oder eine Lewinsche Spritze (2 g Inhalt) von einer 0,625 % Lösung in die Glutaeen oder untere Rückenhaut injiziert. Die Schmerzhaftigkeit ist gering. B. rät, 30—40 Injektionen anzuwenden, doch vermag er vorläufig über Recidive noch nichts anzugeben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Sublimatvergiftung nach Ätzung von Kondylomen mit Solutio Plenckii, von Prof. E. v. Hofmann in Wien. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 19). Dr. H. bepinselte bei einer 29jährigen Frau eine grofse Anzahl luetischer Excrescenzen an den Genitalien, Lippen, Brüsten u. s. w. mit Plenckscher Lösung. Infolge der durch die Ätzung verursachten Schmerzen machte die Frau am Abend desselben Tages einen Selbstmordversuch. Am folgenden Tage mufste dieselbe in das Spital aufgenommen werden und starb daselbst eine Woche später unter von Tag zu Tag heftiger auftretenden Sublimatvergiftungserscheinungen. Die Sektion ergab aufser den lokalen Verwüstungen, die das Hg an den Stellen angerichtet hatte, an welchen es aufgepinselt war, die typischen Veränderungen des Darms u. s. w., die durch Hg-Vergiftung hervorgerufen werden, so dafs es unzweifelhaft feststeht, dafs der Tod infolge der Hg-Intoxikation eingetreten ist.

Man soll also mit Hg-Präparaten immer vorsichtig umgehen, besonders aber mit der Solutio Plenckii. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Über Ätzung der breiten Kondylome mittels Solutio Plenckii, von Prof. Kaposi. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 21.) Kaposi teilt seine reichen Erfahrungen mit der Sol. Plenckii mit, bespricht den von Prof. Hofmann mitgeteilten Fall von Hg-Intoxikationen und meint, dafs die Erregung, welche die Patientin zum Selbstmordversuch führte, vielleicht nicht blofs eine Folge der durch die Ätzung hervorgerufenen Schmerzen gewesen sei, sondern möglicher Weise auch auf den in der Solutio Plenckii enthaltenen Kamphor zurückzuführen sei. Kaposi selbst hat niemals irgend welche Intoxikationserscheinungen nach Anwendung der Solution auftreten sehen, doch wünscht auch er, dafs man es vermeide, zu grofse Flächen auf einmal zu bepinseln. Übrigens ist die Solutio Plenckii ein ziemlich überflüssiges Präparat, denn das emplastrum hydrargyri wirkt mindestens ebenso sicher und prompt und — bereitet dabei keine Schmerzen. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Neue Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkentzündungen, von Dr. Friedr. Rubinstein in Berlin. (*Der ärztl. Praktiker.* 1890. No. 16.) Verf. teilt die Beobachtungen mit, welche hinsichtlich syphilitischer Gelenkleiden auf der Poliklinik Schüllers gemacht wurden. Es kommen im ganzen 43 Fälle zur Sprache. Die meisten traten bei tertiärer und hereditärer Lues auf. Meist handelt es sich um chronisch seröse Formen. Es entwickelt sich gewöhnlich in subakut chronischer Weise in einem Gelenk ein seröser Erguſs, dann entstehen auf der Innenfläche der Kapsel fibröse Zotten, welche sich palpatorisch als Unregelmäfsigkeiten zu erkennen geben und bei Bewegung Knirschen verursachen, ganz im Gegensatz zu der mehr gleichmäfsig weichen teigigen Anschwellung bei tuberkulösen Prozessen. Die Ränder des Knorpels erscheinen zugeschärft, mitunter fühlt man in den Gelenkflächen Knorpelulcerationen oder Knorpelnarben. Besonders charakteristisch sind die nicht seltenen

Fälle, in denen Gummabildungen in der Nähe des Gelenks von aufsen fühlbar sind. Von subjektiven Symptomen ist zu nennen die gröfsere Schmerzhaftigkeit nachts, endlich ein gewisser Gegensatz zwischen dem Umfang der örtlichen Erkrankung und der Schmerzhaftigkeit einerseits und der relativ geringen Funktionsstörung andererseits. Bei sekundärer Lues wurde von dem Autor nur ein Fall von akuter seröser Entzündung im Kniegelenk beobachtet. *Leistikow-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Ein parasitärer protozoenartiger Organismus in Karcinomen, von Nils Sjöbring, Assistent am pathologischen Institut zu Lund. (*Fortschr. d. Med.* 1890. No. 14.) Verf. untersuchte Schnitte eines in Alkohol gehärteten Mammakrebses hauptsächlich mit Ehrlichs Hämatoxylin- und nachfolgender Eosin-Färbung. Es fanden sich sehr oft innerhalb der Geschwulstzellen kleine, runde, stark rote Körperchen von wechselnder Gröfse, meist in der Nähe des Kerns, oder auch im Kerne selbst gelagert. Das Verweilen im Kern fafst der Verf. als eine gut bestimmte Stufe des Wachstums der Sarkode auf. Es kamen auch solche Formen vor, in welchen eine geschlängelte Sarkode in einem entsprechend geformten Kanal innerhalb der Zelle lag. Auch in den noch mit normalem Epithel bekleideten Drüsengängen will S. seine Sarkoden entdeckt haben. Sporenbildungen wurden auch von ihm beschrieben. Dieser „Organismus" ist, so glaubt der Autor, eine Sporozoë und wahrscheinlich zur Gruppe der Mikrosporidien gehörig. In 6 Cancern wurden ähnliche Bildungen gesucht und auch gefunden. *Leistikow-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Spontane Gangrän des Fufses infolge von Thrombose der Arteria poplitea, von Dr. Al. Grimm. (*Prager med. Wochenschr.* 1890. No. 31.) Ein 23jähriges Dienstmädchen erkrankte ohne Ursache mit den Symptomen einer akuten Infektionskrankheit. Nach 11 Krankheitstagen kam es zur vollständigen Mumifikation des einen Fufses, so dafs die Amputation erforderlich wurde. Patientin erholte sich danach bald wieder. Verf. glaubt, als Ursache der Gangrän jede infektiöse Krankheit, vor allem den Typhus abdominalis und endocarditische Prozesse, bestimmt ausschliefsen zu können. Die Genese seines seltenen Falles sei unbekannt und völlig unerklärt.

Leistikow-Hamburg.

Beitrag zum Studium der runden, roten Flecken (Maculae atrophicae), von Vasiliu. (*Thèse de Paris.* 1890.) Nach Troisier und Ménétrier bestehen die linearen Streifen in einer beträchtlichen Kontinuitätstrennung von Binde- und elastischem Gewebe in der Cutis.

Die runden Flecken (vergetures arrondies) sind nun gleichfalls das Resultat einer Lacune oder Auflockerung des Dermas. Sie folgen auf die Ausbrüche des erythematösen Typus, sei es, ob sie syphilitischer Natur sind oder nicht.

Die erythematösen Eruptionen sind das Ende einer beträchtlichen Auflösung von Binde- und elastischem Gewebe in der Cutis.

Aufser in der Form unterscheiden sich also die Striae (vergetures linéaires) in nichts von den runden atrophischen Stellen (vergetures arrondies).

E. Jeanselme-Paris.

II. Specifische.

Ein Fall von Sklerodermie, von Prof. Dr. MENDEL in Berlin. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 34.) Patientin, 40 Jahre alt, hat 3 mal geboren, das letzte Mal vor 4 Jahren. In der letzten Schwangerschaft entstanden die ersten Zeichen der Krankheit, die sich seitdem fortlaufend entwickelt hat. Damals zeigte sich anfallsweise ein Kalt- und Blauwerden der Finger, der Zehen und der Nasenspitze, welche Erscheinungen im Sommer etwas nachliefsen. Im Winter 1888/89 trat ein Kältegefühl über den ganzen Körper ein, und es zeigten sich Panaritien an den verschiedenen Fingern, verbunden mit einer Empfindungslosigkeit an den Nagelgliedern. Gleichzeitig entstand auch eine allgemeine Verfärbung der Haut; dieselbe wurde jetzt allmählich dicker, unnachgiebiger und schmerzhafter, die Gelenke an den oberen Extremitäten stellten sich durch die Verkürzung der Haut zum Teil in Kontrakturstellung. Dabei bestanden Schmerzen am ganzen Körper. Die Nase ist kleiner geworden, zusammengezogen, der Mund enger, daher schwierige Nahrungsaufnahme. Es besteht eine Andeutung einer bronceartigen Verfärbung. Auf der Zunge befindet sich in der Mitte ein keilförmiges Stück, welches sich ebenfalls trocken und verdickt anfühlt. Die Haare, welche zum Teil ausgefallen sind, sitzen auf der Kopfhaut, die auf der Unterlage kaum irgendwie beweglich ist. Am verdicktesten ist die Haut an den Vorderarmen; die Muskeln sind sehr atrophisch. Die Haut der Finger ist glänzend weifs, Haare oder Härchen sind nicht zu erkennen. Dieselben Erscheinungen sind an der Haut des Rückens und der Brust, wenn auch nicht so intensiv wie wieder an den Beinen und besonders an den Füfsen. Sensibilität intakt, Sehnenreflexe normal. Es besteht ferner eine Insufficienz der Mitralis. M. neigt der Ansicht zu, dafs es sich in diesen Fällen um eine Erkrankung des Nervenapparates handelt.

L. Hoffmann-Berlin.

Sekretionsanomalien.

Für die Behandlung der Schweifsfüfse (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 18) ist Liquor ferri sesquichlorati nach Dr. LEGOUX das wirksamste Mittel.

Von folgender Mischung:

℞	*Liqu. ferri sesquichl.*	30,0
	Glycerin	10,0
	Ol. Bergamotti	20,0 (?)

läfst er mit einem Pinsel oder mit einer Feder die Fufssohle und die zwischen den Zehen liegenden Partieen bepinseln. In wenigen Tagen ist Schweifs und Geruch verschwunden. Die Gefahren der Chromsäurebehandlung, auf welche KOBERT aufmerksam gemacht hat, werden von LEGOUX erwähnt. Dieselben sind bekannt.

Dreckmann-Recklinghausen.

Mifsbildungen.

Ein Fall von Naevus verrucosus pigmentosus, von Dr. Isaac. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 33.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 2. Juli stellte I. einen Patienten mit einem Naevus verrucosus pigmentosus von ungeheurer Ausdehnung vor. Das Leiden soll seit der frühesten Jugend des Patienten bestehen. Besondere Empfindungen hat er nicht gehabt, weder Schmerzen noch Jucken etc. In der letzten Zeit sind an verschiedenen Stellen Eiterungen entstanden.

L. Hoffmann-Berlin.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ausspülungen der männlichen Harnblase ohne Katheterismus, von Stabsarzt Dr. E. Rotter. (*München. med. Wochenschr.* 1890. No. 20.) Man bedient sich eines mit leicht adstringierender Flüssigkeit gefüllten Irrigators, der an seinem Schlauche ein etwas spitz zulaufendes Mundstück trägt. Dieses wird mit feuchtem Mull umwunden, welches durch Vaselin schlüpfrig gemacht wird. Nachdem der Schlauch bis zu seiner Mündung keine Luft, wohl aber die warme Flüssigkeit enthält, führt man den Anfangsteil des Schlauches 1 bis 2 cm tief ein. Das Einfliefsen der Flüssigkeit in die Blase geschieht meist nach 1—3 Minuten, wenn man den Irrigator in die Höhe hält. Verf. bedient sich gewöhnlich zur Ausspülung bei Cystitis seiner gewöhnlichen Rotterinlösung mit bestem Erfolge. *Leistikow-Hamburg.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem konstanten Strom, von L. Prochownick in Hamburg. (*München. med. Wochenschr.* 1890. No. 27.) Die günstigen Erfahrungen, welche bisher über die antimykotische und zugleich ätzende, verschorfende Wirkung der Anode galvanischer Ströme gemacht wurden, veranlafsten den Autor, den konstanten Strom bei der frischen Gonorrhoe des Weibes zu versuchen. Der Erfolg war in allen Fällen durchaus zufriedenstellend. Die Methode ist kurz folgende: Einführung der den Verhältnissen im Einzelfalle anzupassenden +-Pol-Sonde in die Cervix resp. Gebärmutterhöhle unter Fingerleitung, sofortiger Stromschlufs nach der Einführung. Dauer der letzteren 8—10 Minuten. Nachruhe von 2 Stunden, strengstes Verbot der Kohabitation. Es genügen mittlere Stromstärken bis zu 120 M. A. Nebenher zweimal tägliche Scheidenausspülung. Die Harnröhre kann man meist sich selbst überlassen. Ist aber doch eine Therapie notwendig, so reinigt man resp. cocainisiert die Urethra mit der Fritschschen Spritze, führt danach eine der niedrigen Nummern Simonscher Spiegel bis oben in die Blase ein, zieht den Stempel zurück, schiebt an Stelle desselben einen Höllensteinstift ein, entfernt über denselben hinweg den Spiegel und zieht dann den Stift langsam heraus. Den Harndrang und Schmerz lindert man mit einem Zäpfchen von Cocain oder Belladonna und Opium gleich nach der Ätzung. *Leistikow-Hamburg.*

Harnröhrenausspritzungen bei dem Tripper des Weibes, von Stabsarzt Dr. Rotter. (*München. med. Wochenschr.* 1890. No. 23.) R. injizierte bei weiblicher Urethral-Blennorrhoe täglich einmal eine Oidtmann-Spritze voll einer Lösung seiner Pastillen (1 Pastille ad 1/4 Liter Aqu.) in 4 Fällen. Der Erfolg war jedesmal ein überraschend guter. Subjektive Beschwerden (Stranguriesymptome) verschwanden schon am 2. Behandlungstage und die Sekretion liefs gewöhnlich am 3. Tage nach.

Leistikow-Hamburg.

Zur Diagnose der chronischen Genorrhoe, von Dr. Arthur Gabriel. (*Dt. med. Wochenschr.* 1890. No. 30.) Beim Studium der Gonorrhoe hat man bis jetzt zu wenig auf die Filamenta urethralia geachtet, deren histologische Elemente nach den Untersuchungen des Verfs. mit den Ansichten Fürbringers fast übereinstimmen. Dieselben sind sämtlich nichts anderes als die Produkte entzündlicher Exsudatbildungen und Zellauswanderungen, untermischt mit zertrümmertem und abgestofsenem Material, welches von der Basis der betroffenen Entzündungsstelle herrührt. Und doch findet man dieselben bei allen Gonorrhoikern, so dafs der Tripperfaden als konstantes Symptom der Gonorrhoe angesehen werden darf. Sie erscheinen nach den Untersuchungen des Verf. an 100 Patienten in den verschiedensten Formen: von Krümeln und den mehr zusammenhängenden Flocken bis zu den ausgesprochenen Fäden kommen mannigfache Übergänge vor, doch hat G. gefunden, dafs wohl den meisten Fällen der Gonorrhoea acuta die Flocken- und krümelförmigen Filamenta zukommen, während die Gonorrhoea chronica durch die mehr fadenförmigen Gebilde ausgezeichnet ist; in beiden Fällen gibt es Abweichungen. Anders verhält es sich mikroskopisch. Im allgemeinen kann man sagen, dafs bei der Gonorrhoea acuta die Filamenta aus Rundzellen mit versprengt vorkommenden Epithelien bestehen, während bei der Gonorrhoea chronica vorherrschend Epithelien bei stets vorhandenen Rundzellen vorhanden sind. Abweichungen können durch verschiedene Einflüsse vorkommen. Jedenfalls kann man behaupten, dafs beim Auftreten von zahlreichen Epithelien der Prozefs der Heilung entgegengeht. Was die Gonokokken anbetrifft, so will Verf. aus seinen genauen Untersuchungen den Schlufs ziehen, dafs die Filamenta bei Gonorrhoea chronica Gonokokken nie enthielten, während sie bei der Gonorrhoea acuta stets vorhanden waren. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenk- und Schleimbeutelentzündungen, von Dr. F. Rubinstein in Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1890. No. 8). In akuten sowohl, wie in chronischen Fällen von gonorrhoischen Gelenk- und Schleimbeutelentzündungen hat sich nach den Erfahrungen in der Poliklinik von Prof. Schüller, besonders in den akuten Fällen, das Jodkali bewährt, und zwar wird von einer Lösung von 5,0 : 150,0 oder von 3,0 : 150,0 vormittags 1—2 Eſslöffel und nachmittags 3—5 Eſslöffel oder von der schwächeren Lösung stündlich 1 Eſslöffel vol verabfolgt. Diese Behandlung wird 2—3 Tage fortgesetzt, daneben Bettruhe, äufserlich auf das Gelenk Karbolumschläge (1 %), kühle oder Salzwasserumschläge oder auch graue Salbe, letztere besonders bei den chronischen Formen. Sind die akuten Erscheinungen, besonders die Schmerzen, zurückgegangen, dann folgt elastische Kompression, abwechselnd mit feuchten Umschlägen, später Massage und Bäder.
L. Hoffmann-Berlin.

Verſchiedenes.

Über die Wirkung des Schwefelwassers, speziell der Schinznacher Thermen berichtet v. Tymowski-Schinznach im *Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1890. No. 16. Er zählt die Schinznacher-Quellen zu den wirksamsten, indem dieselben mit ihrem hohen H_2S-Gehalt von 378 ccm auf 1000 Liter Wasser den zweiten Rang nach der Herkulesquelle einnehmen. T. ist der Meinung, dafs das Hauptfeld der Wirksamkeit der Schwefelbäder das Nervensystem ist. Den Vorwurf, der dieser Ansicht, in

Anbetracht der Geringfügigkeit des peripheren Reizes, entgegengebracht wird, weist er zurück mit dem Hinweise auf die Thatsache, dafs verschiedene pathologische Zustände, wie Tetanie und Hysterie, hervorgerufen werden durch minimale Reize der peripheren Nerven. Auch einen Einfluſs auf das Blut ist er geneigt dem Schwefelwasser zuzuschreiben und bringt denselben in allerdings etwas unklare Analogie mit den sehr günstigen Versuchen von Wilhelmi, der in 30 Fällen den Aderlafs als vorzügliches Mittel bei hochgradiger Chlorose bewährt fand. T. hält dafür, dafs nur die gasigen Bestandteile des S-Wassers eine hervorragende Rolle spielen, glaubt aber, angesichts der Thatsache, dafs künstlich hergestellte Bäder nur eine problematische Wirksamkeit entfalten, dafs bei den natürlichen noch andere Faktoren in Betracht zu ziehen seien, z. B. die gleichmäſsige Verteilung der Mineral- und Gasbestandteile, und vielleicht die durch die fortwährend vor sich gehenden chemischen Prozesse erzeugte Elektrizität.

Der Einfluſs auf den Stoffwechsel manifestiert sich durch die relative und absolute Vermehrung des Kaliums, des Kalkes und des Schwefels in Form von Sulfaten und Neutralschwefel, durch eine Steigerung der Stickstoffausscheidung, dagegen durch eine Verminderung der Phosphorsäure und des Natriums.

Indiziert hält T. den Schwefelquellengebrauch in allen Fällen, wo es sich um eine Beschleunigung des Stoffwechsels handelt. *C. Müller-Hamburg.*

Berichtigungen.

In dem Referat des Herrn Prof. Dr. Köbner über Arzneiexantheme auf S. 215 (1. Zeile von oben):

statt: „Gegenüber den Substanzen, die so allgemein wirken, stellt er Arzneien, die bloſs quantitativ wirken," — soll es heiſsen:

„Gegenüber den Substanzen, die nur bei sehr vereinzelten Personen vermöge einer ganz individuellen Idiosynkrasie in minimalen Mengen (centigr) so bedeutende Allgemeinwirkungen hervorrufen, stellt er diejenigen Arzneien, welche bloſs quantitativ, nach langem Gebrauche, bei der Mehrzahl der Patienten Hautaffektionen bewirken (z. B. die Haloidsalze)".

Auf S. 269 (in dem Autoreferate v. Watraszewskis) lies:

3. Zeile von oben: v. Watraszewski statt v. Hebra.

12. „ „ „ : in klinischer Beziehung statt in chemischer.

Auf S. 244 dritte Zeile von oben lies:

Herr Boer statt — Babe.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 8. 15. Oktober 1890.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Zwei Fälle von Ichthyosis cornea (hystrix) partialis (Naevus linearis verrucosus UNNA), entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von VOIGT.

Von

L. Philippson,
prakt. Arzt in Hamburg.

Mit Tafel V. und 1 Figur im Text.

Unter dem Namen Ichthyosis cornea partialis beschreibe ich zwei Fälle, welche von andern als Naevus (verrucosus, Nervennaevus etc.) bezeichnet werden. Bereits der erste dieser beiden Fälle, welchen wir der Güte des Herrn Kollegen Dr. Caro in Hamburg verdanken, lud wegen der auffälligen streifenförmigen Anordnung seiner Efflorescenzen förmlich dazu ein, diese für die Affektion so charakteristische Topographie eingehender zu untersuchen. Ein dem ersten ähnlicher Fall und analoge Fälle in der Litteratur, welche zum Teil ausführlich publiziert worden sind, liefsen mich den Versuch wagen, die Eigenschaften der Affektion eingehender zu analysieren, als es bis jetzt, soweit mir die Litteratur bekannt ist, geschehen ist.

Zunächst werden im Folgenden die beiden von mir beobachteten Fälle beschrieben, woran sich eine kurze mikroskopische Untersuchung anschliefst. Darauf wird die Diagnose besprochen und die von mir gestellte begründet. Mit Zugrundelegung meiner und einiger ausführlicher mitgeteilten Krankengeschichten aus der Litteratur wird besonders eine Eigenschaft der Affektion, nämlich die topographische Anordnung, genauer untersucht. Es wird sich herausstellen, dafs die Übereinstimmung der Ausbreitung der Affektion mit dem Verlaufe von Nerven nur eine sehr unvollkommene ist und dafs das Wesen der Erkrankung durch die angenommene Übereinstimmung nicht erklärlich ist. Eine bessere Kongruezn glaube ich zwischen der Affektion und den von Voigt entdeckten „Grenzlinien des Hauptverästelungsgebietes von Hautnerven“ gefunden zu haben. Daraus würden sich auch bessere Anhaltspunkte zur Unter-

suchung des Wesens der Erkrankung ergeben, als bis jetzt zu Gebote standen. — Dieses ist in Kürze der Gedankengang der folgenden Darstellung.

Fall I. Das jetzt 5½jährige Mädchen erkrankte im 2. Jahre an der heute noch bestehenden Affektion. Dieselbe trat, nach Aussage der Mutter, in Form eines etwa fingerlangen Streifens von roter Färbung, wie nach einer Verbrennung, zuerst auf der rechten Hinterbacke auf. Während dieser Zeit war das Kind unruhig beim Schlafen und kratzte sich die erkrankte Hautpartie. Im Laufe von Wochen breitete sich der Streifen allmählich auf das Bein aus. Er bedeckte sich jetzt mit gelblichen Schuppen und Borken und näfste etwas. Allmählich ging die Affektion auf den Unterschenkel und den Fufs über. Letzten Sommer besserte sich der Zustand, so dafs nur noch wenige Hautstellen erkrankt waren; seit dieser Zeit ist aber wieder eine Verschlimmerung eingetreten. Das Kind litt niemals an irgend einer nervösen Krankheit. Auch ist eine derartige Krankheit noch nicht in der Familie früher vorgekommen. 8 Geschwister der Patientin gesund.

Stat. praes. Auf der innern untern Partie der rechten Hinterbacke befinden sich drei Streifen und von der innern Hälfte der Glutäalfalte zieht sich ein Streifen nach abwärts am Oberschenkel entlang, durch die Kniekehle bis zur Höhe der Wade, wo eine kleine Unterbrechung ist; alsdann weicht er in der Richtung zum Malleolus int. ab, wo er endet. Die Richtung, welche der Streifen vorher hatte, wird durch einen andern fortgesetzt, welcher an der Innenseite der Achillessehne, dann quer über die Ferse, unter dem Malleolus externus hinzieht und längs des äufsern Fufsrandes zum Rücken der kleinen Zehe gelangt, wo er endet. Diese Streifen sind von verschiedener Breite, am Oberschenkel etwa 2 Finger breit, an der Hinterbacke, wo 2 Streifen zusammenlaufen, beträchtlich breiter, an den schmalsten Stellen fast nur strichförmig. Die Farbe der schmalen Strecken ist rötlich, die der breiteren gelblich-braun. Der ganze Streifen ist rauh anzufühlen und mit Schuppen, Borken, niedrigen Hornkegelchen besetzt; letztere sind besonders deutlich auf dem Fufsrücken entwickelt, in Form von warzigen Erhebungen. Dabei fühlt sich die ganze Hautpartie in ihrer Dicke in den und um die Streifen derb an und sind die Hautfurchen stärker, als normal hervortretend; letzteres besonders auf der Hinterbacke. An dem Rande der Streifen stehen vereinzelt oder auch gruppiert kleine, rote Knötchen mit oder ohne Schuppen, die, näher aneinander gereiht, die Streifen bilden. Die Hornschuppen lassen sich teils leicht abkratzen, teils, wie auf dem Fufse, haften sie sehr fest. Stellenweise sind die kleinen Knötchen infolge des Kratzens mit Blutborken bedeckt. — Ein Teil der Affektion auf der Wade wurde bis auf die Subcutis ausgeschnitten und diente mir zur mikroskopischen Untersuchung ebenso, wie ein Stück von der Haut des Fufsrandes. Die Schnitt-

wunde heilte schnell, eine hypertrophische Narbe hinterlassend, welche sich später abflachte. Die übrigen erkrankten Hautpartien besserten sich unter Chrysorobinbehandlung, ohne jedoch zu einer definitiven Heilung zu gelangen. — Der Fall wurde im Januar d. J. im „Ärztl. Verein zu Hamburg“ von Herrn Dr. UNNA als Naevus linearis vorgestellt.

Mikroskopisch ist eine erhebliche Hypertrophie der obersten Cutisschichten mit ihren Papillen und der Epithelleisten, weniger der superpapillären Epithelschicht wahrnehmbar. Von der gesunden Randpartie des Schnittes nach dem erkrankten Bezirke zugehend, findet man ganz feine, aus mehr- und einkernigen Rundzellen bestehende Infiltration um das papilläre und subpapilläre Kapillarnetz auftreten, während das Epithel noch keine Veränderung zeigt. Allmählich mit der eben beschriebenen Hypertrophie der beiden Gewebe zugleich sich entwickelnd, trifft man eine Zunahme der Infiltration, welche sich aber immer nur an die obersten Cutisschichten hält und nur ausnahmsweise längs der Arteriolen tiefer hinabsteigt. An diesen Stellen der stärksten Veränderungen sind die Kapillaren und Lymphspalten erweitert, die subpapilläre Cutisschicht mit herdweise stärker angesammelten Rundzellen überschwemmt, welche auch die hypertrophischen Papillen ganz erfüllen. Im hypertrophischen Epithel finden sich in der Keimschicht zahlreiche Mitosen. Auch Rundzellen sind hier in geringer Menge vorhanden. Strat. granulosum normal, darüber eine stark verdickte Hornschicht mit Kernresten; sie liegt in einer Ebene auf d. Strat. granul., ohne über den Epithelzapfen einzusinken. — Die tieferen Schichten der Haut sind gesund. — Die Affektion am Fuſse, welche schon mikroskopisch eine warzige Oberfläche zeigte, wies unter dem Mikroskop eine stark verdickte Hornschicht auf, welche tief in die hypertrophischen Epithelzapfen einsinkt und sich über die hypertrophischen Papillen in gleicher Dicke hinüberzieht. — Will man diese beiden mikroskopischen Bilder mit anderen vergleichen, so würde das erste der Psoriasis und das zweite der Ichthyosis hystrix entsprechen.

Fall II. 4jähriges Mädchen, welches im übrigen gesund, seit der Geburt an einer immer mehr sich ausdehnenden Hautkrankheit leidet, welche sonst in der Familie noch nicht beobachtet worden ist. Die Mutter gibt ferner an, daſs zuerst an der Aufsenseite des rechten Knies ein kleiner roter Fleck auftrat, der später dunkel und hart wurde und daſs dann allmählich auch anderswo am Beine solche schmutzig gefärbte Stellen auftraten, welche trotz der gröſsten Sauberkeit nicht zu entfernen waren.

Stat. praes. An der äuſseren Hälfte des rechten Knies und von hier an der Aufsenseite des Oberschenkels, über die Trochantergegend in einem nach oben konvexen Bogen streichend, bis etwa zur Grube des Spin. post. sup. sieht man eine schmutzig graubraune bis schwarze Ver-

färbung der Haut, welche bedingt ist durch derartig gefärbte Hornkegelchen und -schuppen von verschiedener Gröfse und dichter Gruppierung. Die gröfsten Hornkegelchen von etwa Erbsengröfse stehen in der Kniegegend, die übrige eben beschriebene erkrankte Hautpartie zeigt niedrigere Hornmassen, meistens in Form von fest anhaftenden Schuppen in verschiedener Gröfse. Die Hornkegelchen lassen sich leichter abkratzen, ohne Blutung zu verursachen. Die ganze Hautpartie fühlt sich derb an und ist von stark ausgesprochenen Furchen durchzogen. Auf der Hinterbacke bildet die Affektion zwei getrennte Streifen, da zwischen denselben eine weniger veränderte Hautstrecke liegt. Auf beiden Seiten des vom Knie bis auf die Hinterbacke sich ausbreitenden Erkrankungsherdes findet man in der sonst gesunden Haut hier und da isoliert liegende, gelbbraune flache Hornschüppchen. Ein zweiter Herd zeigt sich an der inneren unteren Partie der Hinterbacke. Die Efflorescenzen sind derart gruppiert, dafs sie einen nach oben in die Länge gezogenen Ring bilden. Nach aufsen von ihnen findet sich ein Längsstreifen von flachen, kleinen Schuppen. Die Elemente des Ringes sind zum Teil Schuppen, zum Teil, und zwar an dem unteren äufseren Abschnitt, kleine Kegelchen von Erbsengröfse. Nach unten wird dieser Herd fortgesetzt durch eine kleine Gruppe von flachen Schuppen in der Glutäalfalte, und von da ab läfst sich ein Streifen gerade nach abwärts verfolgen längs des Oberschenkels, der Kniekehle bis zur Wadenhöhe; in der Mitte der Kniekehle ist er 2 cm vom hinteren Rande des Condylus int. und 5 cm. vom hinteren Rande des Condylus ext. entfernt. Dieser Streifen besteht aus kleinen, durch gesunde Haut voneinander getrennten Gruppen von niedrigen Hornkegelchen.

Aufserdem finden sich derartige Gruppen von Hornschuppen am Perinäum, an der vorderen unteren und inneren Partie des rechten Oberschenkels, an der Vorderseite des Unterschenkels. Eine Gruppe von breiteren, etwa linsengrofsen, gelbbraunen Hornschuppen liegt in der Übergangsfalte des Unterschenkels und des Fufsrückens oberhalb der Sehne des Musculus tibialis ant. Eine ebenso aussehende Gruppe auf dem Dorsum der grofsen Zehe — eine Gruppe kleinerer Hornschuppen auf der Rückfläche der zweiten und dritten Zehe und etwa in der Mitte des äufseren Fufsrandes.

Einzelne Gruppen von Hornschuppen zeigen längere hellblonde Lanugo. — Lichen pilaris an der Streckseite beider Oberarme und an der Streckseite des rechten Beines an den nicht von der beschriebenen Affektion befallenen Teilen.

Die der Therapie wegen flach mit dem Rasiermesser abgetragenen Hautstückchen untersuchte ich mikroskopisch; sie bestanden nur aus der Epithelschicht und einer ganz dünnen Cutisschicht, so dafs die Unter-

suchung lückenhaft ist. Jedoch konnte wenigstens das Verhältnis der Hornschicht zu der übrigen Epidermis erkannt werden. An denjenigen Hautstellen, welche klinisch eine verdickte, mit deutlichen Furchen versehene Haut ohne Schuppen aufweisen, findet sich entsprechend den stark verbreiterten Epithelleisten eine dickere Hornschicht. Wo sich an derartigen Präparaten die Veränderungen in der Cutis erkennen lassen, sieht man die Papillen lang und schmal, zusammengepreſst und mit einigen Rundzellen versehen. Anders verhält sich die Hornschicht dort, wo die Hornkegelchen saſsen: erstere zieht nicht in einer Ebene über das Strat. spinos., sondern sinkt über den Epithelzapfen tief ein und wölbt sich über den Papillen stärker vor, und parallel mit dieser unteren Hornschicht verlaufen die darüber liegenden, während die äuſsersten wieder mehr in einer Ebene hinziehen. Eine dritte Art der Lagerung der Hornschicht findet sich bei den fest anhaftenden Hornschuppen: unter dem Mikroskop sieht es aus, als ob eine kleine Hornlinse auf der Cutis liege, welche durch die konvexe Unterfläche der Linse eingebuchtet wird, während die Auſsenfläche der Linse sich vorwölbt. Die Grenzlinie zwischen Strat. spin. und Hornschicht ist eine gewellte. — Ein Vergleich dieser Befunde mit denjenigen des Falles I ist wegen des ungenügenden Materiales nicht zulässig. Bemerkenswert sind in beiden Fällen die verschiedenen Verhältnisse der Hornschicht zu den unterliegenden Schichten.

Was die Diagnose dieser beiden Fälle anbetrifft, so handelt es sich darum, sie entweder zur Ichthyosis und zwar partialis (cornea, hystrix) oder zu den Naevi und zwar Nervennaevi zu rechnen. Da die letztere Krankheitspruppe aber so unbestimmt definiert ist, ziehe ich es vor, mich der Diagnose Ichthyosis cornea den von Kaposi und Crocker in ihren Lehrbüchern vertretenen Ansichten gemäſs zu bedienen. Kaposi (*Path. d. Hautkrankh.* 1887. pag. 615) legt bekanntlich der Ichthyosis hystrix folgende Eigenschaften bei: Bei derselben finden sich neben den Erscheinungen der Ichthyosis simplex auch dicke, diffuse und plattenförmige, nagelkopfähnliche Schwielen an der Flachhand und Fuſssohle, auſserdem aber als charakteristisch hornige Warzen in groſser Menge und dichter Anordnung, oft in, dem Nervenverlaufe entsprechender Richtung . . . pag. 616. Bei Ichthyosis hystrix können zufällig oder unter örtlichen Exsudationsvorgängen die mächtigen Epidermisschuppen abfallen. — Crocker gibt eine etwas ausführlichere Beschreibung in *Diseases of the skin*, 1888. pag. 292: Ichthyosis hystrix ist nie universell, obgleich sie sich weit ausbreiten kann, und gelegentlich können gewisse Teile die Beschaffenheit von Ichthyosis hystrix haben, während die übrige Haut xerodermatisch ist; aber meistens ist die dazwischen liegende Haut vollkommen gesund. Die Affektion ist selten symmetrisch, oft einseitig und mitunter am Rumpfe durch die Medianlinie scharf begrenzt, während

sie gewöhnlich sich nach dem Verlaufe von nachweisbaren Hautnerven richtet, so dafs man sie gewöhnlich auf den Gliedern longitudinal und auf dem Rumpfe transversal verlaufen sieht. Das Gesicht ist selten oder nur schwach befallen. In anderen Fällen kann die Verbreitung nach Nerven nicht nachgewiesen werden. — Die Efflorescenzen variieren von kleinstecknadelkopfgrofsen, papillären, mit Hornspitzen bedeckten Erhebungen, bis zu warzigen, dunkelgrünlichen, vertikal gestreiften, hornigen Massen, $^1/_2$ Zoll oder mehr über die Oberfläche hervorragend, mit breiter Basis und abgestumpft konischer Gestalt. Wenn der hornige Teil abgeweicht oder abgekratzt wird, so kommen hypertrophische Papillen zum Vorschein. — Der geringere Grad von Ichthyosis hystrix, wo nur ein einzelner Nervenstrang beteiligt ist, wird von Zeit zu Zeit unter verschiedenen Namen beschrieben, als Naevus verrucosus, papillaris, unius lateris, Nervennävus, neuropathisches Papillom, Papilloma neuroticum.

Wie man sieht, stimmen die beiden Beschreibungen in betreff der Beschaffenheit der Efflorescenzen und ihrer Anordnung vollkommen überein, und demgemäfs ist auch für unsere beiden Fälle die Diagnose Ichthyosis cornea richtig. Die von Kaposi erwähnten lokalen Exsudationsvorgänge waren in unserem ersten Falle vorhanden und traten in dem Krankheitsbilde sehr stark in den Vordergrund, während in dem zweiten Falle nichts davon zu finden war. Ob dieses Symptom als zur Krankheit gehörig zu betrachten oder vielmehr als Komplikation aufzufassen ist, darüber äufsert sich Kaposi nicht.

Überhaupt ist eine Abschätzung der Bedeutung der einzelnen Eigenschaften der Affektion noch nicht so weit gelangt, um das Wesen derselben aufzuklären. Unsere beiden Fälle liefern nun zwar auch keine absolut sicheren Anhaltspunkte hierfür, wohl aber regen sie dazu an, mit Berücksichtigung der bereits ausführlicher in der Litteratur beschriebenen Fälle, einmal der Frage näher zu treten, *ob die Affektion denn wirklich dem Verlaufe eines Nerven entspricht und welche Beziehungen alsdann zwischen Nerv und Hauterkrankung zu vermuten wären.*

Wenn überhaupt bei einer Hautaffektion an Beziehungen derselben zu einem Nerven gedacht werden darf, so ist es bei der Ichthyosis cornea der Fall, welche, wie besonders in unserem ersten Falle, aber auch zum Teil bei unserem zweiten, auf eine scharf begrenzte, streifenförmige Hautpartie beschränkt ist, die einem subkutanen Nerven zu entsprechen scheint. Bei anderen Affektionen ist man viel weniger berechtigt, von einer Beziehung zu Nerven zu sprechen, und doch besteht gerade ein grofser Teil der zu den Nervennaevi gezählten Hautanomalien aus derartigen Erkrankungen. Es gehören nämlich hierher angeborene oder in früher Kindheit auftretende Hautanomalien, welche *nur halbseitig* sind und

scharf mit der Medianlinie abschneiden, oder solche, welche auf das Ausbreitungsgebiet eines Nervenstammes oder nur eines Nervenastes beschränkt sind, oder solche, welche im Verlaufe von Erkrankungen des Nervensystems auftreten. Dazu kommt noch, dafs in diesen Fällen weder das Krankheitselement ein einheitliches ist, da zu dieser Gruppe Pigmentanomalien, Verhornungsanomalien, abnorme Behaarung, Warzen, Fibrome etc. gehören, noch dafs die Abnormitäten auf eine einheitliche Ursache, und zwar auf Nerveneinfluſs, zurückgeführt werden können. Anders liegen die Verhältnisse bei denjenigen Naevi, von welcher anatomischer Struktur sie auch sein mögen, welche durch ihre strichförmige, scharf begrenzte Gestalt den Verlauf eines Hautnerven auf der Oberfläche gleichsam imitieren. Hier wird man durch die auffällige Morphologie der Hautaffektion dazu gezwungen, die Kongruenz derselben mit dem Nerven weiter zu verfolgen und nach etwaigen Beziehungen zwischen beiden zu suchen.

Während die strichförmigen Pigmentanomalien, Angiome etc. noch nicht zusammenfassend behandelt worden sind, sind die aus strichförmig angeordneten Hornschuppen und -kegel bestehenden Affektionen der Haut bekanntlich als Ichthyosis partialis (hystrix, cornea) einer eingehenderen Beschreibung bereits gewürdigt worden. Dies rührt sicher daher, weil die Ähnlichkeit zwischen den Efflorescenzen der eigentlichen Ichthyosis und den strichförmig angeordneten Hornkegeln der Ichthyosis hystrix anfänglich eine Zusammengehörigkeit der beiden Krankheiten erwarten liefs, welche ja noch heute ihren Ausdruck in dem Namen findet. Aber aufser dieser Ähnlichkeit des Krankheitselementes haben die beiden Affektionen keine anderen Eigenschaften mit einander gemein, wie auch aus den Darstellungen von Kaposi und Crocker hervorgeht.

Diese kleine Digression war notwendig, um die systematische Stellung derjenigen Gruppe von Hautaffektionen zu präcisieren, welche entweder als Nervennaevi unter dem Kapitel Naevus oder als Ichthyosis partialis unter dem Kapitel Ichthyosis abgehandelt werden und welche doch so charakteristische Eigenschaften besitzen, dafs sie als intermediäre Krankheitsgruppe zwischen Naevus und Ichthyosis einen eigenen Namen verdienten.

Diese Krankheitsgruppe besitzt nun nach den Autoren, und damit kehren wir zu unserer oben aufgeworfenen Frage wieder zurück, als Hauptmerkmal die strichförmige, dem Nervenverlaufe entsprechende Anordnung der hornigen Efflorescenzen. Genauer gesprochen, folgt den Beschreibungen gemäfs die Topographie dem Nervenstamme und nicht den Nervenästen und zwar nicht allein dem Stamme der Hautnerven, sondern auch dem Stamme der tief liegenden Nerven. In unserem ersten Falle würde etwa der Stamm des N. ischiadicus minor und saphenus

minor in Betracht kommen. In unserem zweiten für einen Teil der Affektion ebenfalls der ischiadicus minor. So erwähnt Kaposi in seinem Lehrbuche (pag. 615) 2 Fälle, von denen der eine dem Ischiadicus, der andere dem Cruralis entlang laufende Warzen aufwies. Zum Beweise, dafs auch andere Autoren eine derartige Übereinstimmung zwischen der Topographie der Hautaffektion und den Stämmen von Haut- oder tief liegenden Nerven auffällig gewesen ist, stelle ich hier erst einige Krankengeschichten zusammen, um so mehr, als dieselben ziemlich zerstreut in der Litteratur sind und ausführlichere Beschreibungen derartiger Fälle leider noch immer recht selten sind. Aufserdem werden uns dieselben durch den Vergleich mit den unserigen von Nutzen sein.

Der folgende Fall, auf welchen Herr Dr. Unna mich gütigst aufmerksam machte, ist ein wahres Gegenstück zu unserem ersten Falle.

Fall III. Shearar, Fall von Ekzem entsprechend dem Verlaufe des N. ischiad. min. und des N. saphenus min. (mit Illustation). Der früher stets gesunde Knabe von 13 Jahren gibt an, vor etwa 18 Monaten bemerkt zu haben, dafs die Haut in der linken Kniekehle verdickt, rauh, rot und juckend war. Dieser Zustand ging allmählich abwärts bis zur Wade und aufwärts bis zur Hinterbacke, in den letzten 6 Monaten ging es noch weiter bis zur kleinen Zehe.

Stat. praes. Affektion ist dunkelrot, an vielen Stellen mit dünnen Schuppen bedeckt, deutlich erhaben, ihre Ränder scharf begrenzt, so dafs sie als ein kontinuierliches Band von der Hinterbacke bis zur Zehe sich erstreckt und im Durchschnitt 2 Zoll breit ist. Von der inneren Partie der Glutäalfalte gehen drei divergierende Linien über die Hinterbacke nach aufwärts, nach abwärts geht von derselben Stelle aus ein Streifen an dem inneren Teile der Hinterfläche des Oberschenkels entlang bis zur Kniekehle, dann biegt er sich etwas nach aufsen, dann wieder nach innen und richtet sich auf einen Punkt über der Ansatzstelle der Achillessehne. Von hier biegt er quer über die Hacke und geht den äufseren Fufsrand entlang bis zum proximalen Ende des Metatarsus, wo er auf die Dorsalfläche läuft und an der Basis der kleinen Zehe endet. An verschiedenen Stellen befinden sich in der Nachbarschaft des Streifens Abzweigungen, aus kleinen Punkten bestehend. — Die Affektion besteht aus einer beträchtlichen Verdickung der Haut, welche in allen Richtungen von tiefen Furchen durchzogen ist. Aufserdem finden sich unregelmäfsig rundliche Flecke von dunkelroter Farbe, deren Ränder von dicken weifsen Schuppen bedeckt sind. — Etwa 3 Wochen nach der ersten Beobachtung, während welcher Zeit trotz der verschiedensten Mittel die Affektion sich nicht gebessert hatte, entwickelte sich auf dem rechten Oberschenkel ein Herpes zoster: eine Gruppe parallel mit der Crista ilii, eine zweite etwas unter-

halb des grofsen Trochanters, eine dritte zwischen den beiden vorigen und eine vierte auf dem Skarpaschen Dreieck.

Fall IV. Butruille, Ichthyosis hystrix nigricans, entsprechend dem Verlaufe der tiefliegenden Nerven der unteren Extremitäten (*Annal. de Dermat.* 1887, pag. 738, refer. v. G. Thibierge). Kind von 6 Jahren, keine ähnliche Krankheit in der Familie. Einige Monate nach der Geburt bemerkten die Eltern auf der Hinterseite der Oberschenkel zwei rötliche erhabene Streifen, starken Schrammen ähnlich (égratignures), welche sich mit weifslichen Schuppen bedeckten, die später dicker und bräunlich wurden. Im weiteren Verlaufe dehnte sich die Affektion mehr und mehr aus.

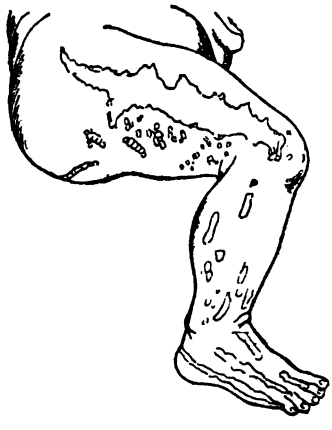
Stat. praes. An der Hinterseite beider Oberschenkel ist ein langer Streifen, bestehend aus zwei parallelen Linien, die aus Hornkegelchen gebildet werden, welche dunkelgrau oder schwarz, hart, unregelmäfsig geformt, 4—5 mm hoch und an einigen Stellen von einer kleinen, blafsroten Zone umgeben sind. Die beiden Linien begrenzen ein Hautband von einigen Centimetern Breite, auf welchem kleine Plaques und kleine, schwarze, aus denselben Efflorescenzen gebildete Erhebungen stehen. Der Verlauf der Streifen entspricht fast genau dem Ischiadicus. Rechts beginnt die Affektion in der Mitte der Hinterbacke, läuft vertikal den Oberschenkel, die Kniekehle entlang, alsdann entsprechend dem n. ischiad. poplit. intern. bis zur Mitte der Wade, nachdem unterhalb der Kniekehle eine kurze Unterbrechung stattgefunden. Links beginnt das Band erst in der Höhe der Glutäalfalte, verläuft vertikal bis zur Kniekehle, dann wird die Richtung eine andere, indem n. isch. popl. extern. zuerst verfolgt wird, dann aber bald der n. tibialis ant., mit welchem die Affektion bis zur Höhe seiner Bifurcation auf dem Fufsrücken herabsteigt. Hier gibt die Affektion auf der Haut den Verlauf des inneren Endastes des n. tib. ant. an und hört etwa in der Mitte der Metatorsen auf. — An der oberen Partie des Oberschenkels zweigt sich ein kleines, horniges Band von dem Hauptstamme ab, richtet sich nach unten und aufsen und löst sich nach einem Verlaufe von ca. 10 cm in eine ziemliche Zahl von Punkten auf, welche sich an der vorderen äufseren Partie des linken Oberschenkels ausbreiten. — Links finden sich noch einige Punkte auf der Hinterbacke und am Anus, ebenfalls am Schamberg. In der Ellbeuge findet sich ferner in der Richtung des Medianus eine kleine, 6 cm lange Linie. — Keine Nervenstörungen, keine Schmerzen. — Nach den Masern fielen die Hornplaques ab, bildeten sich aber von neuem wieder.

Fall V. Cutler. Ichthyosis linearis neuropathica (*Journ. of cutan. and genit.-urin. dis.* New York, April 1890, pag. 139). Cutler stellte in der Dermat. Gesellschaft einen 5jährigen Knaben vor, bei welchem mit 6 Monaten gerade hinter dem Malleol. int. des linken Fufses ein

harter, schuppender Streifen auftrat, der sich allmählich längs der inneren Seite des Fufses und nach oben, das Bein hinauf erstreckte, bis er nach Verlauf eines Jahres seine jetzige Ausdehnung erreichte.

Stat. praes. Die Affektion beginnt plötzlich auf der linken Hinterbacke, gerade entsprechend dem grofsen Einschnitt zwischen Os sacrum und Os ischiadicum und folgt genau dem Verlaufe des ischiad. maj., des n. popl. int., des n. tib. post. und des n. plant. int. bis zur grofsen Zehe. Eine zweite Affektion, welche gerade an der inneren Seite der vorigen auf der linken Backe beginnt, folgt sehr nahe dem Verlaufe des n. isch. min. etwa 3 Zoll. Diese Affektionen sind etwa 2 Linien hoch und ca. 7 Linien breit. Sie sind ganz mit Schuppen bedeckt, welche ganz klein und fest bnhaftend sind. Gesundheit des Kindes ziemlich gut; mit Ausnahme von etwas Jucken scheint die Affektion dem Kinde keine Unannehmlichkeit zu verursachen.

Fall VI. Neumann. Über Nervennaevus (*Österr. Jahrbuch f. Pädiatrik*, 1877, II, pag. 165, mit Illustr.). Gleich bei der Geburt war folgender Ausschlag bei einem kräftigen Kinde zu sehen. Ad nates rechts und an der rechten unteren Extremität zahlreiche, hervorragende, verschieden — doch vorwiegend mattweifs — gefärbte Wucherungen in regelmäfsig angeordneten Linien und Streifen, die namentlich an der Fufssohle das Aussehen von aneinander gereihten, bläschenförmigen Effloreseenzen hatten, jedoch bei der Berührung durch derbes Gefüge, durch ihre drüsig unebene Oberfläche sofort als warzenförmige, spitze und flache Papillarhypertrophieen leicht zu erkennen waren. Diese Neubildungen waren ad nates und an der Aufsenfläche des rechten Oberschenkels dicht gedrängt, hirsekorngrofs, in Streifen von 1—2 cm Breite; sie fanden sich ferner circulär am Perineum und um die grofsen Labien als etwa 3 mm breite Streifen; an der Aufsenfläche des Unterschenkels sind drei 1 cm lange und 2 mm breite, linienförmig angeordnete Protuberanzen. Am schönsten entwickelt sind jedoch die Wucherungen am Fufsrücken und an der Fufssohle; auf ersterem finden sich drei parallel ziehende, ½ cm breite Streifen; der eine zieht von der Seitenfläche der Ferse und endet an der kleinen Zehe, der zweite beginnt an der Furche zwischen Unterschenkel und Fufs und endet an der zweiten Zehe; endlich der 1 cm breite, unterbrochene Streifen endet an der vierten. An der Sohle 2 ½ cm breite Streifen, welche an der Ferse beginnen und von denen der eine an der kleinen, der zweite an der vierten Zehe endigt. — Am breitesten sind die Efflores-



cenzen längs der Verzweigung des n. cut. fem. post., hierauf an der Nervenausbreitung des Fufsrückens und der Sohle; die schmalsten Auflagerungen sind am Perineum und an den Waden. — In den ersten 2 Monaten nahm die Wucherung zu, an der Sohle wurde die Farbe gelblich. Allmählich fingen dann aber die Erhabenheiten an zu verschwinden, und zwar zuerst an der Wade, hierauf am Schenkel, und schliefslich am Fufse, so dafs gegenwärtig nur noch ein Streifen an der Fufssohle von 3 mm Breite und 1½ cm Länge, ebenso an der vierten Zehe ein kleiner breiter Streifen ist. —

Vergleicht man die Ausbreitung mit der Verteilung der Hautnerven, so findet man die Anordnung in der Richtung des n. cutan. fem. post., cut. fem. exter., peroneus superf. u. prof. —

Fall VII. Koren. Ichthyosis linearis neuropathica (*N. Mag. f. Laegev.* No. 9. Christiania, 1889, pag. 1, m. Illustr.). Diese Affektion fand sich zufällig bei einem 9 Monate alten Knaben, dessen 7 Geschwister nichts Derartiges aufwiesen; auch ist eine ähnliche Erkrankung in der Familie nie vorgekommen. Die Mutter erzählte, dafs das Kind mit diesen Striemen am Arme geboren wäre und dafs dieselben infolge täglicher Bäder und Waschungen zurückgegangen wären. Es fanden sich auf dem rechten Arme die Efflorescenzen der Ichthyosis cornea in Form von braunen papillomatösen Streifen, welche beim Überfahren mit der Hand das Gefühl eines Reibeisens gaben. Diese Streifen folgen genau dem n. medianus, radialis, ulnaris. Mit dem Medianus geht die Affektion nur bis zur Handwurzel, mit dem Radialis über die Mittelhand bis zur Dorsalfläche des ersten Daumengliedes und des ersten Gliedes des Zeigefingers, während sie mit dem Ulnaris bis zur äufsersten Spitze der Volarfläche des kleinen Fingers läuft. Aufserdem finden sich auf den vier übrigen Fingerspitzen schwächer entwickelte Flecke. — Nach Verlauf von 10 Monaten sind spontan folgende Veränderungen an der Affektion aufgetreten: die Streifen auf der Hand sind noch da, doch reichen sie nicht so weit nach vorn, aber auf dem Arm sind nur noch einzelne Plaques übrig, da die verbindenden Mittelglieder geschwunden sind. —

In allen diesen Fällen wurde, wie wir sehen, von den Beobachtern der Versuch gemacht, die strichförmige Anordnung der Krankheitselemente auf die ideell gegebenen Leitlinien zu beziehen, welche durch Hautnervenstämme oder auch durch tiefer liegende Nervenstämme vorgestellt werden. Es sollte damit jedoch nur ein topographisches Verhältnis ausgedrückt werden, ohne dafs zunächst auch an einen ursächlichen Zusammenhang gedacht wurde. Daher konnten für die Hautaffektion auch tief liegende Nerven mit in Betracht gezogen werden, über deren etwaigen Konnex mit der Haut uns doch jeglicher anatomische oder physiologische Begriff fehlt.

Aber auch die Übereinstimmung der Affektion mit den Hautnervenstämmen erweist sich bei genauerem Vergleiche als eine sehr mangelhafte.

In unserem ersten Falle zeigt sich, dafs der Streifen am Oberschenkel und auch in der oberen Hälfte des Unterschenkels deutlich nach innen liegt von einer Linie, welche die senkrechte Projektion des Stammes des n. ischiadicus minor und saphenus minor auf der Haut machen würde. Aber noch mehr: der Saphenus zieht an dem äufseren Rande der Achillessehne herab und wendet sich alsdann zum Fufsrande; die streifenförmige Affektion verläuft aber gut entwickelt an dem inneren Rande der Achillessehne und dann über den oberen Teil der Hacke, um zum Fufsrand zu gelangen. Auch in unserem zweiten Falle deckt sich die Linie am Oberschenkel nicht mit der senkrechten Projektion des Nerven, sondern verläuft nach innen von ihr und parallel mit ihr, wie in unserem ersten Falle. Die Partie an der Aufsenseite des Oberschenkels, welche sich bis auf die obere Hälfte der Hinterbacke erstreckt, entspricht, obwohl die Effloreuscenzen deutlich strichförmig angeordnet sind, ebenso wenig der Richtung eines Nerven, wie in Fall I der Streifen oberhalb der Achillessehne. Am besten entsprechen noch die schmäleren Streifen auf dem Fufsrücken den Endverästelungen der betreffenden Nerven.

Diese Inkongruenz zwischen Verlauf der Hautaffektion und des Hautnerven ist auch Shearar in seinem, unserem Fall I vollständig gleichen Falle nicht entgangen, doch verfolgt er dieses Verhältnis nicht weiter, sondern bemerkt nur, dafs dadurch die Beziehung zwischen Nerv und Krankheit nur noch unklarer wird.

Butruille sagt, der Verlauf der Streifen auf beiden Oberschenkeln entspricht fast genau dem Ischiadicus; doch dürfte auch hier die Lage der Affektion mit der entsprechenden Partie in den drei vorigen Fällen übereinstimmen. Der angegebene Verlauf des Bandes auf der linken Seite von der Kniekehle an, wo dasselbe zuerst mit dem n. ischiad. poplit. ext. und dann mit dem n. tibialis ant. gehen soll, mag thatsächlich so sein, der Vergleich mit dem Nerven gibt aber für das Verständnis der Affektion keine Aufklärung, da der n. tibialis in der Tiefe auf dem Zwischenknochenband liegt und in gar keiner Beziehung zur Haut auf dieser Strecke steht. Auch die Angabe, dafs die Affektion ebenfalls in der Ellbogenbeuge einem tiefen Nerven, dem Medianus, entspricht, ist in gleicher Weise zu beurteilen.

Cutler bezieht einen Abschnitt der Affektion auf den n. ischiad. maj., während der an der inneren Seite davon liegende dem Verlaufe des n. isch. minor entsprechen soll. Auch am Unterschenkel ist nach ihm nicht die Richtung des Hautnerven mafsgebend, sondern diejenige des n. tibialis posticus.

In Neumanns Fall ist es bemerkenswert, dafs der Streifen an der

Aufsenseite des Oberschenkels, welchen er auf den n. cutan. fem. extern. bezieht, nicht mit demselben oder mit seinen Ästen parallel geht, sondern gerade dieselben unter einem deutlichen Winkel schneidet. Letztere verlaufen von oben und innen nach unten und aufsen, während die Affektion von dem condylus ext. aufwärts zieht. Ferner ist es auffällig, dafs die schön entwickelten Streifen auf dem Fufsrücken sich auf die Zehen selbst zu richten, anstatt, entsprechend dem Nervenlaufe, gerade den Weg zwischen den Zehen und ihren Metatarsen innezuhalten. Auch in unserem Fall II finden sich die warzigen Efflorescenzen auf den Zehenrücken, und nicht an den Seitenrändern derselben.

Koren findet für die strichförmige Anordnung der Efflorescenzen eine Übereinstimmung mit der Richtung der tief liegenden Stämme des Medianus, Radialis und Ulnaris. Man könnte aber mit gröfserem Rechte z. B. statt des Medianus den n. cutan. intern. maj. und statt des Radialis den n. musculo-cutaneus in Betracht ziehen. Es sei noch bemerkt, dafs die Fingerspitzen und nicht die Seitenränder in diesem Falle befallen sind. —

So sehen wir denn, dafs sich gewichtige Bedenken erheben nicht allein gegen das Bestreben, die Übereinstimmung zwischen der Richtung der Hautaffektion und den tief liegenden Nervenstämmen nachzuweisen, sondern auch gegen die scheinbar besser gestützte Annahme, dafs hier der Verlauf der Stämme und Äste des Hautnerven in Betracht zu ziehen sei.

Wenn ich auch nur für meine beiden Fälle, und Shearar für den seinigen die Nichtübereinstimmung eines Teiles der Affektion mit dem betreffenden Hautnervenstamm (n. ischiadicus min.) nachweisen konnte, wenn auch nur für 4 Fälle (Fall I, II, III und IV) gut entwickelte Abschnitte der Erkrankung aufgefunden werden konnten (Streifen oberhalb der Achillessehne bei Fall I und III — Streifen an der Aufsenseite bei Fall II und VI), welche auf keine Weise auf einen Nerven bezogen werden können, und wenn für die übrigen citierten Fälle, wegen des Mangels von genauen Abbildungen, auch nur vermutungsweise ähnliche Bedenken gegen die von den Beobachtern vertretenen Annahmen erhoben werden konnten, so glaube ich doch trotz des geringen Materiales nach der vorhergehenden Kritik früherer Erklärungen mich nach einer neuen Deutung der Thatsachen umsehen zu dürfen. Die Berechtigung dazu meine ich darin zu finden, dafs eine Anomalie von so charakteristischer Form, wie die uns beschäftigende, welche in zwei Fällen (Fall I und III) eine fast vollständige Analogie zeigt, welche zum Teil dieselbe topographische Anordnung ihrer Elemente zeigt in den drei Fällen (Fall I, II und III — Oberschenkel, Wade, äufserer Fufsrand), ferner in den zwei Fällen (Fall II und VI) an der Aufsenseite des Oberschenkels und auf

dem Fuſs- und dem Zehenrücken — ich meine, daſs eine solche Anomalie ihre Lokalisation nicht zufällig einnimmt, oder besser gesagt, darin nicht von sehr komplizierten Faktoren abhängig ist, sondern daſs die in unseren wenigen Fällen mehrmals wiederkehrenden Partieen der Haut nach einem einfachen Gesetz ausgewählt werden.

Nachdem der Verlauf der Hautnerven und zwar ihrer Stämme und gröſseren Äste zur Erklärung der Topographie der Affektion nicht herangezogen werden kann, muſs die Frage aufgeworfen werden, ob es nicht in der Haut Bezirke gibt, welche, sei es aus anatomischen oder physiologischen Gründen, eine Einheit bilden und zugleich so angeordnet sind, daſs sie auf der Haut Linien zusammensetzen, welche mit denjenigen, auf welchen unsere Affektion mit Vorliebe auftritt, identisch sind.

Solche Linien gibt es wirklich. Es sind die von Voigt als „ein System neu entdeckter Linien an der Oberfläche des menschlichen Körpers“ beschriebenen (Sep.-Abdr. aus Bd. XXII d. *Denkschriften d. Math.-Naturw. Klasse d. Kais. Akad. d. Wiss.* Wien) und abgebildeten, welche sich aus den Begrenzungslinien des Hauptverästelungsgebietes der einzelnen Hautnerven zusammensetzen.

Es waren besonders der Streifen quer über der Achillessehne in Fall I und III und der an der Aufsenseite des Oberschenkels liegende in Fall II und VI, welche durch ihre Übereinstimmung mit den entsprechenden Abschnitten der Voigtschen Grenzlinien mich dazu veranlaſsten, den Verlauf der Affektion auf der Haut genauer mit denselben zu vergleichen. Da stellte sich nun zunächst heraus, daſs die in Fall I, II und III typisch an derselben Stelle der Hinterfläche des Oberschenkels zu findende Linie auf der Voigtschen Tafel fehlte und daſs die etwa in Betracht kommende sehr stark nach innen von der in unseren Krankheitsfällen anzutreffenden abwich. Trotzdem glaube ich, daſs wir es hier mit der von uns gesuchten Linie zu thun haben und daſs die auffällige Differenz nur daher rührt, daſs die Untersuchungen Voigts an Erwachsenen und nicht an Kindern angestellt werden. Da nämlich die Grenzlinien das Verästelungsgebiet der Hautnerven angeben, so werden bei ungleichmäſsigem Wachstum der Körperteile und implicite der Haut diese Grenzlinien aus ihrer ursprünglichen Richtung verzogen werden müssen. So erklärt Voigt selbst die abweichende Richtung eines Teiles der Grenzlinien am Rumpfe durch das Auswachsen der oberen und unteren Extremitäten. Eine ähnliche Erklärung dürfte auch für die uns hier interessierende „innere Grenzlinie der unteren Extremität“ am Platze sein: es ist hier eben durch das relativ stärkere Wachstum der Genitalgegend in den Pubertätsjahren die Haut samt ihren Nerven nach vorne gezogen worden. Ist diese Erklärung auch nicht von Voigt selbst gegeben, so folgt sie doch aus seiner Beschreibung (l. c. pag. 21): „Der innere obere

Dammwinkel des hinteren Verästelungsgebietes der unteren Extremität (welcher durch die innere und obere Grenzlinie der Extremität gebildet wird) ist spitzwinklig und zipfelartig in die Dammgegend und auf die äufseren Geschlechtsteile bis zum Schamberge hinaufgezogen und zwischen die Seite des unteren Verästelungsgebietes des Beckens und den äufseren untren oder Oberschenkelwinkel des vorderen Verästelungsgebietes des Stammes hineingedrängt."

Solche Lagerung der Grenzlinien beruht offenbar nicht auf der ursprünglichen Anlage, sondern ist erst sekundär durch Wachstum hervorgebracht worden, wie es sich auch an anderen Stellen der Hautoberfläche nachweisen läfst.

Mit der eben näher begründeten Abänderung würde die Affektion in Fall I und III an Oberschenkel, Kniekehle und Wade der „inneren Grenzlinie" entsprechen, dann aber nicht weiter derselben folgen, sondern auf die „Nebenlinie der Fufsränder" übergehen, von welcher sie eine Strecke einnimmt. Diese Nebenlinie (l. c. pag. 20) läuft längs des inneren Fufsrandes und der Seitenränder aller Zehen nach dem äufseren Fufsrand, an diesem zieht sie rückwärts und steigt über den äufseren Rand der Ferse und längs der Mitte der hinteren Fläche derselben und der Achillessehne empor, von wo aus sie immer mehr sich erhebend über die Wade hindehnt. Diese Nebenlinie scheidet das Verästelungsgebiet der Hautäste des Wadenbeinnerven von denen des hinteren Schienbeinnerven.

Bei Fall II kommt aufser einem Teil der inneren Grenzlinie am Oberschenkel, an der Wade und an dem äufseren Fufsrande die „äufsere Grenzlinie der unteren Extremität" in Betracht. Dieselbe (l. c. pag. 19) „beginnt auf der Erhabenheit des Rollhügels, zieht aufsen in der Rinne am Oberschenkel, welche der fibrösen Scheidewand in der Tiefe zwischen der vorderen und hinteren Muskelgruppe entspricht, abwärts bis zum äufseren Knorren, wo die Nebenlinie der Kniescheibe — eine kurze Abzweigung dieser Grenzlinie — mit derselben in Verbindung steht. Von da wendet sich die äufsere Grenzlinie auf die vordere äufsere Fläche des Unterschenkels, läuft vor dem Köpfchen des Wadenbeines abwärts, windet sich über den Kamm des Schienbeines nach ein- und abwärts über die vordere innere Fläche des Schienbeines und über die innere Fläche der Fufswurzel in die Aushöhlung der Fufssohle, wo sie sich mit dem Ende der inneren Grenzlinie in einer Bogenkrümmung verbindet."

Am besten wird durch die Affektion die Partie der Grenzlinie am Oberschenkel und ihre Nebenlinie der Kniescheibe wiedergegeben, während auf dem Unterschenkel und auf dem Fufsrücken die Grenzlinie nur angedeutet wird.

Dieser letztere Abschnitt ist in Fall IV sehr deutlich entwickelt, so dafs in der Beschreibung der Affektion auch zugleich diejenige der

äufseren Grenzlinie liegt: „Das Band schlägt von der Kniekehle eine andere Richtung ein, indem zuerst der N. ischiad. popl. extern. verfolgt wird, dann aber bald der N. tibialis antic., mit welchem die Affektion bis zur Höhe seiner Bifurkation auf dem Fufsrücken herabsteigt. Hier gibt die Affektion auf der Haut den Verlauf des inneren Endastes des N. tibialis ant. an." Die äufsere Grenzlinie setzt sich aber auch nach oben weiter fort, denn offenbar gehört derjenige Teil der Affektion zu ihr, welcher von Burtuille mit den Worten beschrieben wird: „An der oberen Partie des Oberschenkels zweigt sich ein kleines, horniges Band von dem Hauptstamme ab, richtet sich nach unten und aufsen und löst sich nach einem Verlaufe von ca. 10 cm in eine ziemliche Zahl von Punkten auf, welche sich an der vorderen und äufseren Partie des Oberschenkels ausbreiten."

Aufser dieser äufseren Grenzlinie am linken Beine würde in diesem Falle noch ein Teil der inneren Grenzlinie beiderseits befallen sein.

Fall V zeigte die Erkrankung zuerst in Form eines Streifens „gerade hinter dem Malleolus internus, welcher sich allmählich längs der inneren Seite des Fufses und nach oben das Bein hinauf erstreckte." Diese Ausbreitung ist unschwer auf die „Nebenlinie der Fufs- und Zehenränder", welche in den früheren Fällen an der Aufsenseite des Fufses in Betracht kam, und auf die „innere Grenzlinie der unteren Extremität" zurückzuführen. Während diese Grenzlinie am Oberschenkel, wie oben auseinandergesetzt, beim Erwachsenen nach innen von der Richtung beim Kinde abweicht, deckt sie sich sehr gut von der Kniekehle an abwärts. In den früheren Fällen ging die Affektion alsbald auf die nach aufsen verlaufende „Nebenlinie" über, hier aber folgt sie der Grenzlinie weiter, so dafs Voigts Beschreibung auch zugleich eine Beschreibung für die vorliegende Affektion ist (l. c. pag. 20). „Die innere Grenzlinie gelangt von der Kniekehle über die Wölbung der inneren Abteilung der Wade in die Rinne hinter dem inneren Knöchel."

Fall VI ist hauptsächlich auf der äufseren Grenzlinie entwickelt, doch ist auch die innere Grenzlinie nicht frei; besonders deutlich ist die „Nebenlinie" am äufseren Fufsrande ausgeprägt. Die übrigen Streifen am Fufse sind nicht auf die von Voigt beschriebenen Grenzlinien zu beziehen, welche deswegen, wie weiter unten erörtert wird, einer Ergänzung bedürfen.

Der einzige Fall VII. von der oberen Extremität, bei welchem die Streifen den tief liegenden Nerven entsprechen sollen, ist nicht hinreichend genau beschrieben und abgebildet worden, als dafs eine Zurückführung derselben auf die Grenzlinien möglich wäre. Butruille (Fall IV.) erwähnt ebenfalls wie Koren einen Streifen in der Ellbogenbeuge, welcher in der Richtung des Medianus liegen soll. Diese Stelle würde einem Teile der

inneren Grenzlinie der oberen Extremität entsprechen (pag. 19): „Dieselbe zieht aus dem Sulcus deltoideo-pectoralis mitten auf der Erhabenheit des biceps brachii herab und durch die Grube der Ellbogenbeuge gerade in der Mitte der inneren Fläche des Vorderarmes bis zur Handwurzel . . ."

Der Vollständigkeit halber sei auch der Verlauf per äufseren Grenzlinie hier angeführt (pag. 18): „Sie beginnt im Sulcus deltoideo-pectoralis in der Nähe der Befestigungstelle des Deltamuskels, wo sich dieselbe mit der Fortsetzung der Schulterlinie, welche zur inneren Grenzlinie der oberen Extremität wird, kreuzt. Sie läuft an der äufseren Fläche des Oberarmes abwärts, entsprechend der Befestigungslinie des Lig. intermusculare extern. brachii in der Tiefe, sich etwas rückwärts wendend, geht über den äufseren Knorren des Oberarmbeines hinüber, wo sie mit einer kurzen Nebenlinie — der Nebenlinie des Ellbogenhöckers — in Verbindung steht, welche auf der hinteren Fläche des Ellbogenfortsatzes gelagert ist; hierauf zieht die äufsere Grenzlinie gerade über die Mitte der äufseren Fläche des Vorderarmes, der Handwurzel, der Mittelhand und des Mittelfingers bis zum Nagelgliede fort, wo sie endigt."

Aus dem Vergleich aller dieser Fälle mit den Befunden von Voigt ergibt sich also, dafs zwischen der Topographie der Ichthyosis cornea an der unteren Extremität und der Topographie der Grenzlinien Voigts eine bemerkenswerte Übereinstimmung herrscht.

Diese Regel hat aber nur Gültigkeit mit den Klauseln, dafs diese Voigtschen Linien als abstrakte Gröfsen nach dem Alter und auch individuell Abweichungen unterworfen sein können und dafs andrerseits die Hauterkrankung nur im Anfange scharf begrenzt ist und in der weiteren Entwickelung die Linien überschreitet.

Dabei ist aufserdem zu beachten, dafs in allen Fällen Hautpartieen ergriffen sind, welche nicht mit den Grenzlinien Voigts übereinstimmen. In Fall I, II, III, VI gibt es warzige Efflorescenzen, welche besonders in VI zu deutlich entwickelten Streifen angeordnet sind, auf dem Rücken der Zehen und nicht, wie es bei einer Beziehung zwischen Affektion und Nervenast zu erwarten wäre, an den Rändern derselben. In Wirklichkeit halten sich diese Streifen an die Linien, welche das Verästelungsgebiet der Endäste der Nerven begrenzen, da ja die Äste selbst am Rande der Zehen verlaufen und ihre Endausbreitung auf dem Rücken finden. So deutlich, wie gerade hier, ist anderswo, z. B. bei dem Sitze der Affektion auf der Hinterbacke in mehreren der mitgeteilten Fälle, der Unterschied zwischen der Richtung des Nervenastes und derjenigen Linie, welche das Endausbreitungsgebiet derselben umschreibt, nicht nachzuweisen, dazu bedarf es durchsichtigerer Fälle, als uns hier zu Gebote stehen.

Zu den von Voigt konstruierten Grenzlinien, welche das Hauptverästelungsgebiet der gröfseren Nervenstämme begrenzen, würden demnach

als Ergänzung noch diejenigen Grenzlinien von Wert sein, welche das Verästelungsgebiet der Äste jener Nervenstämme begrenzen.

Der im Obigen von uns gelieferte Nachweis der topographischen Übereinstimmung der Ichthyosis cornea der unteren Extremität mit den Grenzlinien VOIGTS gewährt uns nun ferner auch Anhaltspunkte der Frage nach dem Wesen der Erkrankung näher zu treten, als es bisher nach der Anschauung der Beobachter möglich war, wonach nämlich die Ausbreitung der Affektion mit dem Verlauf der Stämme von Hautnerven oder gar von tief liegenden Nerven übereinstimmen sollte. Bei dieser Anschauung ist ein Konnex zwischen Hautanomalie und Nerv natürlich vollständig unerklärlich und drückt sich die Verlegenheit darüber sehr gut in den Worten SHEARARS aus (l. c. pg. 84): „Es scheint beinahe, als ob die Hautzweige nicht selbst primär affiziert wären, sondern als ob sie auf irgend eine Weise durch die veränderte Molekularbeschaffenheit der Nervenstämme beeinflufst worden wären, welche direkt durch das subkutane Gewebe auf die Nervenendigungen in der Haut gewirkt hätte."

Die VOIGTschen Linien gewähren uns wenigstens die Möglichkeit, an die Stelle dieser Metapher annehmbare anatomische Thatsachen zu setzen und zwar nach verschiedener Richtung hin. Die den Linien entsprechenden Hautstreifen müssen sich nämlich nicht allein in betreff der Nerven, sondern überhaupt in der ganzen Anlage vor der übrigen Haut auszeichnen.

Wenn nun diese anatomischen Verhältnisse auch im einzelnen noch nicht nachgewiesen sind, so läfst sich doch die Möglichkeit ihrer Existenz aus dem Vorhandensein der VOIGTschen Grenzlinien folgern, welche von dem Forscher auf Grund vielfacher Präparationen als typische Vorkommnisse gefunden worden sind.

Und zwar ergibt sich erstens aus dem Begriff der Grenzlinie, dafs der einzelne Nervenstamm hierhin diejenigen Nervenfasern schickt, welche bei dem Wachstum der Haut gemeinsam von ihm fortgezogen werden. Dafs diese Fasern im Stamme zusammenliegen und weiter central ebenfalls zusammengehören, ist wohl mit Recht vorauszusetzen.

Daraus würde dann erklärlich sein, dafs eine central wirkende Ursache nur diejenigen Hautbezirke pathologisch verändern könnte, welche, scheinbar ohne Zusammenhang mit einander, doch dadurch eine Einheit bilden, dafs sie von central nahe bei einander liegenden Nervenfasern versehen werden. Eine ähnliche anatomische Voraussetzung machte v. BÄRENSPRUNG, als er seinen Begriff „Naevus unius lateris" auf eine hypothetische spinale Nervenerkrankung basierte.

Auch andere Autoren haben sich für den nervösen Charakter der Ichthyosis partialis ausgesprochen, wenn sie in Form von Streifen auftritt. So äufsert LESSER in dem Kapitel Ichthyosis seines *Lehrbuches* die

Meinung, dafs es sich in diesen circumscripten Fällen von Ichthyosis cornea um eine Abhängigkeit der Krankheit von der Ausbreitung gewisser Nerven, um eine Trophoneurose handelt, so dafs dieselben ätiologiseh anders als die gewöhnliche Ichthyosis diffusa zu beurteilen wären." Und v. RECKLINGHAUSEN (*Multiple Fibrome der Haut*, pag. 61) kommt bei der Gegenüberstellung seiner multiplen Neurofibrome der Haut mit den als Nervennaevi, neuropathische Papillome und circumscripte Ichthyosis hystrix beschriebenen Erkrankungen zu einem ähnlichen Resultat: „Es scheint überhaupt, als ob diese ‚neuritischen' Papillome die Folgen der Vernichtung des Nerveneinflusses auf die Ernährung des Hautgewebes, trophische Störungen neuroparalytischer Natur sind, welche ungewöhnlicherweise zu einem aktiven Vorgang, zu einer Hypertrophierung der obersten Hautschichten führen, während letztere doch bei den Neurofibromen nur gedehnt und atrophiert, also rein passiv beteiligt werden. Ferner können wir nicht verkennen, dafs bei diesen Papillomen die Neubildung von Gewebe rings um die letzten Endigungen der Nerven statt hat, während sie in den Neurofibromen ihren Ausgangspunkt im Verlaufe der Nerven findet. Wahrscheinlich sind bei den Papillomen Angioneurosen, vasomotorische Störungen die nächste Veranlassung der Hypertrophie."

Auch zur Weiterentwickelung dieser Auffassung der Ichthyosis cornea als Nervenerkrankung erweist sich die Erkenntnis von der Bedeutung der VOIGTschen Linien für diese Affektion als förderlich.

Bevor ich zur Besprechung der zweiten Folgerung, welche sich aus dem Begriff der VOIGTschen Linien ergibt, übergehe, möchte ich noch auf ein bei verschiedenen Fällen von Ichthyosis partialis beobachtetes Symptom hinweisen, welches in den Lehrbüchern nicht besonders hervorgehoben ist (mit Ausnahme von KAPOSIS *Path.*), und welches vielleicht als durch Nerveneinfluſs bewirkt zu betrachten ist. Ohne daraus weitere Schlüsse über die Natur der Erkrankung ziehen zu wollen, schliefse ich die betreffenden Beobachtungen an die eben angeführten Ansichten von LESSER und v. RECKLINGHAUSEN an.

Im Falle I wurde von der Mutter angegeben, dafs die Erkrankung damit begann, dafs auf der Hinterbacke ein etwa fingerdicker Streifen auftrat, welcher rot aussah, wie nach einer Verbrennung. Auch in dem Fall II gab die Mutter an, dafs der an der Aufsenseite des Knies zuerst auftretende Fleck rot aussah. Dieselbe Angabe wiederholt sich in der Anamnese des Falles III und IV, in welchem letzteren der Vergleich mit starken Schrammen gemacht wurde. Ob diese gleich anfangs auftretende Rötung nur von dem durch das Jucken bedingten Kratzen abhängig ist oder ihr eine gröfsere Bedeutung für den Prozefs beizulegen ist, müssen weitere Beobachtungen ergeben. Jedenfalls blieb in Fall I und III. diese Rötung im weiteren Verlaufe bestehen und trat noch zum

Teil Entzündung hinzu. Derartige lokale, nur auf die von der Erkrankung befallenen Hautstreifen beschränkte Entzündungen sind ferner auch von KAPOSI gesehen worden. In seinem *Lehrb.* (1887) pag. 615 lesen wir: „Bei einem Mädchen war eine allgemeine Verbreitung und striemenförmige Anordnung der Warzen zu sehen und haben zeitweilige lokale Entzündungen subakute, reiche Epidermisabschälungen veranlafst, so dafs Ungeübte Psoriasis oder Ekzem vor sich zu haben glaubten. Solche akute, entzündliche Vorkommnisse, die selbst ekzematöse Exsudation zur Folge haben können, haben in 2 anderen Fällen meiner Beobachtungen, in welchen die Warzen dem Ischiadicus und Cruralis entlang liefen, bei einigen Kollegen die Meinung erweckt, als seien dieselben eben akut entstanden. So ist auch der Fall von Ekzem längs des N. saphenus min. von FRANK SCHEUBER (soll wohl SHEARAR heifsen und ist oben als Fall III citiert) zu denken."

Möglicherweise sind diese akuten, lokal beschränkten Erscheinungen von Rötung nur Komplikationen der Erkrankung und alsdann nicht in dem Sinne von LESSER und v. RECKLINGHAUSEN zu verwerten.

Zu einer anderen Auffassung der Ichthyosis partialis gelangen wir, wenn wir die VOIGTschen Linien vom entwickelungsgeschichtlichen Standpunkt aus betrachten. Gegenüber der Nerventheorie, welche mit den noch immer unsicheren Eigenschaften vasomotorischer oder trophischer Nerven zu rechnen hat, hat die im Folgenden zu entwickelnde Auffassung den Vorzug, dafs sie sich auf besser bekannte anatomische Verhältnisse stützt.

Als zweite wichtige Thatsache also, welche aus dem Begriff der Grenzlinie abzuleiten ist, ergibt sich folgende. Abschnitte der Grenzlinien trennen die Verästelungsgebiete zweier Nervenstämme von einander und damit auch diejenigen Fasern beider Nervenstämme, welche sich durch das Wachstum der Haut am weitesten vom Stamme entfernt haben. Die Richtung der Fasern gibt die Wachstumsrichtung der Haut an (worauf bereits VOIGT selbst aufmerksam machte). Demnach stellen die Grenzlinien VOIGTS zugleich auch diejenigen Grenzlinien vor, in welchen verschiedene Wachstumsrichtungen, während der Entwickelung der Haut, aufeinandergestofsen sind. Die aus der Verbreitung der Hautnerven gewonnenen Thatsachen also, dafs nämlich die Endausbreitungsbezirke der Hautnerven eine konstante Topographie auf der Hautoberfläche besitzen, schliefst auch diejenige Thatsache ein, welche sich etwa folgendermafsen ausdrücken läfst: In der Haut gibt es, eine konstante Topographie innehaltende kleinste Bezirke, in welchen während der Entwickelungsperiode der Haut verschieden gerichtete Wachstumsrichtungen auf einandergestofsen sind. Diese Hautbezirke bilden auf der Hautoberfläche das System der Grenzlinien von VOIGT (nebst den oben besprochenen Ergänzungen dazu).

Das Wachstum der Haut ist bereits früher schon von einem anderen Gesichtspunkte aus zur Erklärung des streifenförmigen Verlaufs der Ichthyosis partialis, resp. der Nervennaevi verwertet worden. O. Simon, welcher auf die durch das Wachstum der Haut bedingte Anordnung der Papillen so grofsen Wert für die Lokalisation der Hautkrankheiten legt, bemerkt (*Lokalisation d. Hautkrankh.* pag. 98) in betreff der Ichthyosis: „Bei derselben ist bisher nur die Übereinstimmung der Anordnung der Stacheln und warzigen Erhabenheiten mit den peripheren Nervenbahnen hervorgehoben worden, während wir auf Grund unserer obigen Untersuchungen die schon im normalen Verhalten vorhandene Anordnung des Papillarkörpers als den Grund der Erscheinung ansehen."

Kaposi (*Path. u. Ther. d. Hautkrankh.* 1887. pag. 583 u. ff.), welcher die Annahme der Übereinstimmung gewisser Naevi mit Nerven für einen „pathologischen Glaubensartikel" hält, erklärt sich die Topographie folgendermafsen: „Indem beim Embryo der Extremitätenstumpf wächst und die ihm entsprechende Spiralrichtung nach vorn und innen einschlägt, bekommen Papillen, Nerven, Gefäfse, Haare und Bindegewebszüge dieselbe Richtung und es ist also begreiflich, dafs jede durch Gestalt und Farbe auffällige Alteration dieser Gewebsformen auch diese Richtung markiert. Dafs diese auch zugleich die des Nerven ist, begreift sich also, beweist aber durchaus nichts für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Bildungsanomalie und Nervenalteration."

Da die Anordnung des Papillarkörpers überhaupt in ganz anderer Weise zu erklären ist, als O. Simon will, so ist die von ihm vorgetragene Ansicht über die Ichthyosis für unsere Frage nicht von Bedeutung.

Nach Kaposi erklärt das allgemeine Wachstum allein schon die Morphologie der Erkrankung. Dafs dieser Faktor bei dem Zustandekommen des streifenförmigen Verlaufes mitspielt, ist unzweifelhaft. Was aber nicht dadurch erklärt wird, ist das Auftreten dieser Streifen an ganz bestimmten Regionen, die Bevorzugung gewisser Hautzonen vor anderen, mit einem Wort die Topographie. Hierfür läfst sich aber eine Erklärung aus der Annahme gewinnen, dafs das Zusammenstofsen verschiedener Wachstumsrichtungen bei der Entwickelung der Haut zu Gewebsanomalien Veranlassung gibt. Denn durch dieses Zusammenstofsen verschiedener Wachstumsrichtungen ist innerhalb der Haut eine Ungleichwertigkeit der verschiedenen Hautpartieen geschaffen, welche schon normalerweise (wie z. B. Voigt an den fibrösen Hüllen der kutanen Nervenzweige nachgewiesen hat) vorhanden ist und welche unter pathologischen Verhältnissen dadurch zutage tritt, dafs gewisse Anomalien sich mit Vorliebe an ganz bestimmten Hautstellen lokalisieren. Diese Hautstellen gerade, die Voigtschen Linien zusammensetzend, werden, wie ich oben nachzuweisen suchte, von der Ichthyosis partialis in hervorragendem Mafse befallen.

Durch das Zusammenstoſsen verschiedener Wachstumsrichtungen in der embryonalen Haut sind, wie ich der obigen Annahme gemäſs sagen möchte, Störungen in der geweblichen Struktur gemacht worden, welche als Verhornungsanomalie in die Erscheinung treten.

Unsere Deduktionen führen uns demnach zu einem Resultate, welches in anderer Form bereits in der Pathologie bekannt ist. Hat doch Cohnheim die Bevorzugung gewisser Körperstellen durch das Auftreten von Geschwülsten dadurch zu erklären versucht, daſs er, gestützt auf den embryonalen Charakter der letzteren, auf die Komplikationen hinwies, welche in irgend einem Stadium der embryonalen Entwickelung an den betreffenden Stellen stattfinden. Zu derartigen Komplikationen kann aber das Aufeinanderstoſsen verschiedener Wachstumsrichtungen sehr wohl Veranlassung geben, so daſs an den betreffenden Stellen Störungen in der geweblichen Zusammensetzung hervorgerufen werden, welche in der Weiterentwickelung schlieſslich zu Neubildungen führen. Und als Neubildung ist auch die in unseren Fällen vorhandene lokale Hyperplasie das Epithels und der oberen Cutisschichten zu bezeichnen.

Weitere Folgerungen, welche vielleicht aus dem Anschluſs, den unsere Deduktionen an die Cohnheimsche Geschwulsttheorie gefunden haben, zu ziehen sind, möchte ich hier nicht machen, da mir das nötige Material an Thatsachen fehlt.

Eine andere Frage soll hier aber doch kurz berührt werden, weil sie eine notwendige Konsequenz der oben aufgestellten Behauptung ist, daſs nämlich durch das Zusammenstoſsen verschiedener Wachstumsrichtungen in den Voigtschen Linien Störungen in dem histologischen Baue der embryonalen Haut hervorgerufen werden können. Die Frage ist nämlich die folgende: Kommen, auſser der Ichthyosis partialis, auch andere Anomalien im Gebiete der Voigtschen Linien vor?

Wenn die Beantwortung, soweit sie überhaupt bei dem kleinen mir zu Gebote stehenden Materiale möglich ist, auch eigentlich aus dem Rahmen der mir hier gestellten Aufgabe heraustritt, so möchte ich doch kurz darauf eingehen, weil schlieſslich wiederum die für die Ichthyosis partialis vorgetragene Ansicht von anderer Seite dadurch gestützt werden kann.

Die zunächst in Betracht kommenden Anomalien sind die als Naevi bezeichneten verschiedenartigen Miſsbildungen der Haut histologischer Natur.

Von gewissen Angiomen, welche angeboren an dem Kopfe und am Halse vorkommen, hat bekanntlich Virchow das typische Auftreten derselben an denjenigen Stellen nachgewiesen, wo in der embryonalen Entwickelung Öffnungen oder Spalten geschlossen wurden. Diese Spalten entsprechen auch den Voigtschen Linien, da erstere die Grenzen für das

Hauptverästelungsgebiet der Hautnerven bilden. Die fissuralen Angiome treten also mit anderen Worten an denjenigen Stellen auf, wo verschiedene Wachstumsrichtungen aufeinandergestofsen sind. Für VIRCHOW lag die Ursache in einer entzündlichen Affektion der Schliefsungsränder, während heutzutage, wo derartige Angiome als Neubildungen erkannt sind, nach einer geschwulstbildenden Ursache gesucht werden mufs.

Das Auftreten von Angiomen am übrigen Körper in Form von Streifen, welche auf die VOIGTschen Linien zurückzuführen sind, ist jedenfalls ein sehr seltenes. wenn man aus den Litteraturangaben einen Schlufs auf das Vorkommen machen darf. Mit Abbildung stand mir überhaupt nur ein einziger Fall zu Gebote, der hier in Betracht käme: (O. SIMON, *Lokalisation d. Hautkrankh.* Taf. II, Fig. I. Text pag. 90). „Bei einem 21jährigen Manne fand sich ein teleangiektatischer Naevus an der linken Hinterbacke und der Hinterseite des linken Oberschenkels. Die Färbung war eine blaurötliche und lag im Niveau der Haut. Der Naevus bestand aus getrennt stehenden Flecken; der oberste befand sich über dem Musc. glut. maxim., etwa dem fuber ischii entsprechend, dann folgte ein zweiter von der Gesäfsfalte abwärts und ein dritter bis gegen die Mitte des Oberschenkels hinab. Die Flecke bildeten einen etwa 8 cm breiten Streifen, der an 2 Stellen unterbrochen war. Sie bestanden seit der Geburt. — Hier ist die Übereinstimmung mit Nervengebieten nicht so exakt nachweisbar, da uns die genaueren Begrenzungslinien, wie sie VOIGT für den Trigeminus gegeben hat, fehlen. Doch stimmt das veränderte Gebiet ziemlich genau mit dem Verlaufe des N. cutan. femor. postic. überein."

Die Lokalisation der Flecke nach der Abbildung und Beschreibung entspricht der Hauptrichtung des Streifens, welche unsere beiden Ichthyosis-Fälle an derselben Region aufweisen. Es würde in diesem Falle also die hintere Begrenzungslinie von VOIGT von einem Naevus vascularis eingenommen sein.

Von Pigmenthypertrophieen, welche in Form von Streifen auftreten, stand mir aus der Litteratur kein Fall zu Gebote, welcher durch eine gute Illustration einen Vergleich mit den VOIGTschen Linien ermöglicht hätte.

Dagegen machte mich Herr Dr. UNNA auf einen Fall von Pigmentatrophie in Form von Streifen aufmerksam, welcher zwar nicht zu den Naevi gerechnet wird, aber doch ebenfalls als lokale Mifsbildung zu bezeichnen ist. Wegen der guten Abbildungen konnte die Lage der erkrankten Partieen genauer bestimmt werden.

HUTCHINSON (*Arch. of surgery*. Vol. I. 1889. Taf. I u. II) bildet einen Fall von Albinismus partialis bei einem Hindu ab. Die Affektion ist genau auf die rechte Körperhälfte beschränkt und hat den Rumpf und

die Gliedmafsen befallen. Von der kaffeebraunen Hautfarbe heben sich die pigmentlosen Stellen in Form von Flecken und Streifen ab. „Die ersteren auf dem Rumpfe ziehen von der Wirbelsäule nach vorne bis zur Mittellinie. Auf den Gliedern laufen die Streifen vertikal und erreichen an manchen Stellen die Finger, resp. die Zehen. Obgleich man zuerst an eine Nervenverteilung denkt, so ist es doch ganz unmöglich, ihre Lokalisation mit irgend welchen bekannten Nerven in Verbindung zu bringen. An einigen Stellen hält der Streifen dieselbe Breite von dem oberen Teil des Gliedes bis zum Ende desselben fast genau inne. Bei der weifsen Rasse sind solche Streifen oft mehr oder weniger pigmentiert, oder sie werden, wenn sie mit Papillarhypertrophie verbunden sind, durch Schmutz mifsfarbig, wie Ichthyosis."

Ein Vergleich mit den Voigtschen Linien ergibt eine sehr gute Übereinstimmung des betreffenden weifsen Streifens an der Hinterseite der unteren Extremität mit der hinteren Grenzlinie, und zwar verläuft der Streifen in seinem oberen Ende nicht so, wie in unseren Ichthyosisfällen der Kinder, sondern weicht nach innen ab, gerade so wie es auf der Tafel von Voigt der Fall ist. Es handelt sich nun auch in diesem Falle um einen Erwachsenen, und die Voigtschen Linien sind nach Präparationen der Nerven bei Erwachsenen konstruiert worden. Ein zweiter Fleck an der äufseren oberen Hälfte der Hinterbacke und der äufseren und hinteren Partie des Oberschenkels entspricht in auffälliger Weise derselben Stelle in unserem zweiten Falle. Ein Teil dieses Streifens und die Hauptrichtung des Flecks ist wie bei der Ichthyosis hystrix auf die äufsere Grenzlinie zu beziehen.

Wie bei der Ichthyosis partialis möchte ich hier eine durch das Zusammenstofsen verschiedener Wachstumsrichtungen bedingte Störung in der histologischen Struktur der embryonalen Haut als Ursache dieser Pigmentanomalie in Form von Streifen und Flecken ansehen. Da in den Voigtschen Linien verschiedene Wachstumsrichtungen bei der Entwickelung der Haut aufeinandergetroffen sind, so erklärt sich daraus in diesem Falle die Lokalisation der Affektion an der unteren Extremität in der Form der Streifen.

Derartige albinotische Streifen werden nun aber auch auf den Verlauf von Nerven bezogen; doch in diesem Falle ist bereits von dem Autor eine solche Deutung der Thatsachen zurückgewiesen worden. Ähnliche Fälle werden gewifs häufiger beobachtet, als sie publiziert werden, wenigstens weist eine Stelle bei Kaposi (l. c. pag. 662) darauf hin: Albinismus partialis ist meist unregelmäfsig situiert, doch sind auch die albinotischen Flecke und Streifen zuweilen symmetrisch angeordnet oder dem peripherischen Nervenverlaufe entsprechend, genau wie manche Pigment- und Warzenmäler.

Die Litteratur ist an Fällen von Naevi in Form von Streifen so arm, dafs eine befriedigende Antwort auf die oben aufgeworfene Frage, ob die VOIGTschen Linien auch für ihre Lokalisation von Bedeutung sind, heute noch nicht gegeben werden kann. Aber es scheint mir, dafs besonders der zuletzt besprochene Fall wenigstens ein Vergleichen der betreffenden Fälle mit den VOIGTschen Linien rechtfertigen dürfte.

Wenn nun andere angeborene Anomalien der Haut an denselben Stellen auftreten, wie die Ichthyosis partialis, so würde sich wenigstens so viel über das Wesen der letzteren aussagen lassen, dafs sie, ebenso wie jene Anomalien, als lokale Mifsbildung der Haut aufzufassen ist. Derartige durch das Aufeinanderstofsen verschiedener Wachstumsrichtungen bedingte Gewebsstörungen in der embryonalen Haut würden dann also ihrer Entstehung nach die Eigentümlichkeit gemeinsam haben, dafs sie in Streifen und in Flecken, welche nach einer Richtung besonders sich ausdehnen, auf der Haut auftreten und zwar mit Bevorzugung gewisser Hautstellen. Kleinere, vereinzelt stehende Herde der Affektionen sind nicht so leicht in der angegebenen Weise zu erklären und dürfte erst eine umfangreiche Beobachtung eine Erklärung ermöglichen. —

Wenn ich zum Schlusse die Erörterungen dieses Artikels kurz zusammenfasse, so bildete den eigentlichen Gegenstand desselben hauptsächlich die Besprechung der Ausbreitungsweise der Ichthyosis partialis cornea. Auf Grund zweier selbst beobachteter, 5 ausführlich beschriebener Fälle aus der Litteratur machte ich darauf aufmerksam, dafs die topographische Übereinstimmung der Hautaffektion mit den Stämmen der Hautnerven und der tief liegenden Nerven nur eine sehr unvollkommene ist, worauf schon SHEARAR bei seinem Falle hingewiesen hat — dafs ferner bei der angenommenen Übereinstimmung zwischen Nervenstamm und Krankheit ein ursächlicher Zusammenhang garnicht verständlich ist. Auf der Suche nach einem besser auf der Ausbreitung der Hautaffektion übereinstimmenden Substrat fand ich ein solches in dem von VOIGT entdeckten System der Grenzlinien der Hautnerven. Nicht allein diejenigen Partieen der Hautaffektion, welche noch einigermafsen auf irgend einen Nervenverlauf bezogen werden können, sondern auch diejenigen, bei denen es ganz unmöglich ist, lassen sich im grofsen und ganzen gut mit den Grenzlinien zur Deckung bringen. Ist dadurch zunächst auch nur eine Koincidenz in der Topographie erwiesen, so sind doch des weiteren die VOIGTschen Linien für die pathologische Auffassung der Hautaffektion nutzbringend. Diese Linien liefern nicht allein wichtige Daten für die Nerventheorie, sondern es lassen sich aus ihnen Folgerungen über die entwickelungsgeschichtliche Ungleichwertigkeit verschiedener Hautstellen ableiten, welche uns, unter der Annahme, dafs das Zusammenstofsen verschiedener Wachstumsrichtungen zu Störungen in

dem histologischen Baue der embryonalen Haut Veranlassung geben kann, die Ichthyosis partialis cornea nur als Einzellfall von anderen in Form von Streifen und Flecken und mit Vorliebe an bestimmten Hautstellen auftretenden Mifsbildungen begreifen läfst.

Über die Therapie der Furunkulose.

Von

Hofrat Dr. Veiel
in Cannstatt.

Vortrag, gehalten auf der 63. Jahresversammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Bremen 1890.

Meine Herren!

Einige sehr günstige Heilerfolge, welche ich in meiner Heilanstalt in der letzten Zeit bei Furunkulose erzielt habe, veranlafsten mich, obiges Thema zu wählen.

Seitdem durch die Untersuchungen von Garré, Löwenberg, Lannelongue und Bockhardt nachgewiesen ist, dafs die Furunkel durch Eindringen von Eiterkokken (Staphylococcus aureus, albus, citreus) in die Mündungen der Talgdrüsen und Knäueldrüsen entstehen, zerfällt die Aufgabe der Therapie bei der Furunkulose in folgende 4 Hauptabschnitte.

1. Die in die Haut eingedrungenen Eiterkokken durch antiparasitäre Mittel zu zerstören, ehe sie zur Gewebsnekrose geführt haben.

2. Wenn die Gewebsnekrose eingetreten, die Ausstofsung der nekrotischen Pfröpfe samt den in ihnen enthaltenen Eiterkokken möglichst zu beschleunigen.

3. Der Neubildung von Furunkeln durch Infektion von Seite der aus den vereiternden Furunkeln ausgetretenen Eiterkokken vorzubeugen.

4. Den Organismus in einen Zustand zu versetzen, der ihn gegen die Eiterkokkeninvasion möglichst widerstandsfähig macht.

Die erste Aufgabe gelingt nur in den wenigsten Fällen. Ist die Eiterkokkeninvasion so weit vorgedrungen, dafs sie zu sichtbaren Veränderungen auf der Haut zu Schwellung, Knötchen- oder Bläschenbildung geführt hat, so ist die Nekrose meist schon eingetreten und der Drüsenausführungsgang durch einen Exsudatpfropf verstopft. Dadurch ist das Eindringen der auf die Oberfläche der Haut gebrachten Antiseptica auf den Grund der Drüse zu den Eiterkokken unmöglich gemacht.

Dies gilt von dem, wie später zu erwähnen, sehr brauchbaren Karbolquecksilberpflaster von UNNA, von der koncentrierten spirituösen Borsäurelösung von LÖWENBERG, von dem Karbolspray VERNEUILS, von dem übermangansauren Kali FENNS, von dem Quecksilbernitrat KENNERS, von der Jodtinktur GUIGEOTS.

Einen besseren Erfolg hat man schon zu erwarten, wenn man die desinficierenden Mittel nach Durchbohrung der Furunkeldecke direkt in den Eiterherd einbringt, wie dies BIDDER durch Einspritzung einer 3%igen Karbolsäurelösung mit der PRAVAZschen Spritze, oder LEWIN durch Einbohrung eines mit Argent. nitricum armierten Silberdrahtes oder UNNA durch seinen Sublimatpastenstift zu erreichen strebt.

Leider sind aber diese Prozeduren so schmerzhaft und dabei doch so unsicher, dafs sie wohl bei einzelnen Furunkeln, nicht aber bei ausgebreiteter Furunkulose anwendbar sind. Deshalb sind wir meist genötigt, uns auf die zweite Indikation zu beschränken, d. h. die Ausstofsung der nekrotischen Teile und der in und um sie angehäuften Eiterkokken zu beschleunigen.

Hier mufs ich nun ganz entschieden für die alte Methode der warmen Breiumschläge eintreten. Es gibt kein Mittel, das so rasch und so sicher zum erwünschten Ziele führt, vorausgesetzt, dafs die Breiumschläge so lange fortgesetzt werden, bis die letzten Knoten in der Haut verschwunden sind. Ganz dieselbe Erfahrung machen wir ja auch bei der abscedierenden parasitären Sykosis, bei welcher die Breiumschläge rascher zum Ziele führen, als alle antiseptischen Applikationen.

Dafs bei dieser Methode eine Infektion der Nachbarschaft durch die den Breiumschlägen anhaftenden Eiterkokken herbeigeführt werden kann, mufs unbedingt zugegeben werden, doch läfst sich dieser Übelstand einigermafsen dadurch vermeiden, dafs die Breiumschläge beim Abnehmen sofort gereinigt und vor der Verbringung in den Wärmapparat mit einer 1%oigen Sublimatlösung bestrichen werden. Diese mufs bei sehr reizbarer Haut durch eine 4%oige wässerige Borsäurelösung ersetzt werden. Mit in diese Flüssigkeiten getauchten Wattebäuschen wird die Haut vor der jeweiligen Erneuerung des Breiumschlags gereinigt.

Bei Nacht werden die Furunkel mit einem UNNAschen Karbolquecksilberpflaster bedeckt. Leider ruft aber dieses wie auch das Zinkguttaperchapflaster bei reizbarer Haut öfter eine Dermatitis hervor, die zu neuer Kokkeninvasion Veranlassung geben kann.

Deshalb ersetzte ich dasselbe durch eine aus gleichen Teilen Zinkoxyd und Vaselin bestehende Paste, welcher ich 4 % Borsäure zusetzte. Dieselbe wird dick auf Lint gestrichen aufgelegt und entweder mit amerikanischem Heftpflaster oder mit Zinkleim befestigt.

Eröffnet werden mit dem Messer nur die sehr träge sich entwickelnden Furunkel.

Für sehr schädlich halte ich das zu frühe Ausdrücken der Furunkel. Die Heilung wird dadurch nicht abgekürzt, aber die Entzündung gewaltig gesteigert durch das Einpressen der Kokken in die Gewebe, ganz abgesehen von den dem Patienten ganz unnötiger Weise verursachten heftigen Schmerzen.

Mit derselben Paste läfst sich auch der dritten therapeutischen Forderung, nämlich der weiteren Infektion der Nachbardrüsen durch die aus den Furunkeln austretenden Kokken entgegenzutreten, nach meinen Erfahrungen am besten entsprechen.

Bei umschriebener Furunkulose an den Prädilektionsstellen der Furunkulose, welche der Reibung durch Kopfkissen, Kleider oder gegenüberliegende Hautflächen am meisten ausgesetzt sind, wie am Hinterkopf (besonders bei Kindern), an den Achselhöhlen, dem Gesäfse, dem Nacken und Rücken lasse ich die kranken Stellen samt ihrer Umgebung 3 mal täglich mit dieser Salbe einreiben, bei universeller Furunkulose wird der ganze Körper mit derselben eingerieben.

Werden Bäder vertragen, so bekommt der Patient zugleich Sublimatbäder.

So gelang es mir z. B. bei einem Patienten mit einer von Diabetes unabhängigen universellen Furunkulose, welcher in den 9 Monaten vor Beginn der Kur 160 Furunkel überstanden hatte, in 7 Wochen vollständige Heilung zu erzielen. Alle gröfseren Furunkel wurden mit Breiumschlägen behandelt.

Nebenbei achte ich auf die gröfste Reinlichkeit; der Patient mufs besonders bei der mit juckenden Hautkrankheiten verbundenen Furunkulose seine Nägel kurz schneiden und wiederholt desinficieren, er mufs Bett- und Leibwäsche häufig erneuern und die Kleider gründlich desinficieren.

Das Allgemeinbefinden suche ich der vierten Indikation entsprechend durch kräftige Ernährung, bei vorhandener Anämie durch Stahlpräparate möglichst zu heben, da bei schlechtem Ernährungszustande der Körper der Kokkeninvasion weniger zu widerstehen vermag. Diabetiker werden entsprechend behandelt.

Von allen anderen inneren Mitteln, vom Arsenik (Duhring) und dem sonst so vielfach empfohlenen Schwefelcalcium habe ich weder bei Furunkulose noch bei Impetigo, Akne und Sykosis einen Erfolg gesehen. Die beim Publikum so beliebten Abführmittel wirken entschieden schädlich.

Versammlungen.

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Bremen.

Vom 15. bis 20. September 1890.

Sektion für Dermatologie und Syphilographie.

Referent: Dr. Carl Berliner-Hamburg.

Seit Beendigung des X. internationalen medizinischen Kongresses in Berlin waren kaum 4 Wochen verstrichen, als die Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte am 15. Septbr. 1890 vormittags 9½ Uhr in dem reich geschmückten Saale des Künstlervereins zu Bremen unter dem Vorsitz Geheimrats v. Hofmann und in Anwesenheit einer imposanten Zuhörerschaft ihre erste allgemeine öffentliche Sitzung abhielt. Der glänzende Verlauf derselben hatte eine andere, als eine gehobene, frohe, zuversichtliche Stimmung in den Gemütern der Teilnehmer nicht aufkommen lassen, und diese Stimmung hielt auch in den Spezialsitzungen an, welche sich am Nachmittage des 15. Septbrs. in den ihnen überwiesenen Räumlichkeiten des Gymnasiums und der Realschule konstituierten. Diejenigen unserer Spezialkollegen, welche fürchteten, es würde die Sektion für Dermatologie und Syphilographie unter dem Eindrucke des erst kürzlich stattgehabten Berliner Kongresses zu schwach besucht werden und dann vielleicht für alle Zeiten aus den Naturforscherversammlungen verschwinden, sahen sich angenehm enttäuscht. Denn, wenn es auch nur eine kleine Schar war, — etwa 16 an der Zahl — die sich hier zusammenfand, das gute Einvernehmen, das in ihr herrschte, der rege Eifer, der sie beseelte, und vor allem das einmütige Bestreben, jeden Zweifel an der Existenzberechtigung der Sektion zu zerstreuen, und womöglich dieselbe für die nächsten Kongresse zu sichern, ließen der Zukunft der Sektion eine gute Prognose stellen.

Zur Frage der Aufhebung der Sektion in den Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte hat Herr Prof. Köbner in einem an den einführenden Vorsitzenden der Sektion, Herrn Dr. Runge in Bremen gerichteten Schreiben, welches seitens des Einführenden zur Verlesung kam, entschieden Stellung genommen. Das Schreiben lautete:

Zürich, den 12. September 1890.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Nachdem ich Ihnen seiner Zeit unter dem in den heißen Julitagen doppelt anstrengenden Drange der Vorbereitungen für den internationalen Kongreß nur ganz eilig meine Verhinderung an der diesjährigen Naturforscherversammlung teilzunehmen, antworten konnte, sehe ich mich nun am Vorabende ihrer Eröffnung gedrängt, gegen-

über den von einer bestimmten Seite gemachten und während des Berliner Kongresses verlautbarten Versuche, unsere Sektion der deutschen Naturforscherversammlung „zu Gunsten" der so jungen deutschen dermatologischen Gesellschaft „aufzuheben", entschieden Stellung zu nehmen. Sie und unsere hoffentlich auch in Bremen zustande kommende Sektion sollen aus meiner derzeitigen Abhaltung nicht etwa mich für einen Gesinnungsgenossen dieser Bestrebung halten, sondern wissen, dafs ich dieselbe unter allen Umständen als eine selbständige aufrecht erhalten sehen will und Ihren Arbeiten von Herzen das beste Gedeihen wünsche. Selbst für den Fall, dafs die Sektion aus Mangel an Beteiligung in diesem oder einem künftigen Jahre einmal nicht sich konstituieren könnte, würde ich doch im Interesse der freien, durch keine Clique beengten Forschung resp. des Allen freien Wortes, sowie des Zusammenhanges unserer Disciplin mit der Gesamtmedizin, nicht minder auch der Ermöglichung des Besuches unserer Sektion für jeden Arzt entschieden für ihre Aufrechterhaltung eintreten. Und so begrüfse ich die Sektion, ihren Zusammentritt lebhaft und herzlich als

Ihr sehr ergebener Kollege

H. Köbner.

Der Brief fand bei den in der Sitzung anwesenden Kollegen ungeteilten Beifall. Damit dürfte die Frage der Aufhebung der Sektion endgültig erledigt sein.

I. Sitzung: Montag, den 15. Septbr., nachmittags 3½ Uhr.

Einführender Vorsitzender: Herr Runge. Schriftführer Herr Seyffert.

Herr Runge heifst die Anwesenden willkommen und drückt seine Freude darüber aus, dafs es trotz mancher erschwerender Umstände gelungen sei, auf diesem Kongresse die dermatologische Sektion zustande zu bringen. In seinen Bemühungen sei er von einzelnen Kollegen, denen er hierfür sich zu Danke verpflichtet fühle, wesentlich unterstützt worden. Er wünsche der Sektion in ihren Arbeiten gutes Gelingen und stetes Weiterblühen im Gegensatze zu den Bestrebungen, welche die Auflösung derselben bezweckten.

Redner verliest den bereits erwähnten Brief von Prof. Köbner zu Gunsten der Beibehaltung der Sektion.

Es wird nunmehr die Tagesordnung für die nächste Sitzung festgesetzt, und hierauf diese erste vorbereitende geschlossen.

II. Sitzung: Dienstag, den 16. Septbr., vormittags 9½ Uhr.

Auf den Vorschlag Lassars wird der einführende Vorsitzende Herr Runge per Akklamation zum Vorsitzenden gewählt. Derselbe nimmt die Wahl dankend an und erteilt, als erstem Redner, Herrn Dr. Unna-Hamburg das Wort zu seinem Vortrage:

Über die Taenzersche Färbung des elastischen Gewebes.

Bald nachdem Unna zum ersten Male eine Methode zur elektiven Färbung des elastischen Gewebes angegeben, fand Taenzer in Unnas Laboratorium eine andere Färbemethode, welche auf demselben Prinzip der durch Säure abgeschwächten Farblösung beruht. Gegenüber allen neueren, zu diesem Zwecke angegebenen Verfahren, so speziell dem Herxheimerschen, dem Mibellischen hat sie den Vorzug gröfster Einfachheit.

Die Farblösung hat folgende Zusammensetzung:

Orceini	0,5
Aquae	20,0
Spiritus	40,0
Acidi nitrici gtts.	XX.

In dieser bleiben die in Alkohol gehärteten Schnitte 12—24 Stunden und werden dann einige Minuten in Alkohol entfärbt. Dann sind alle Teile der Cutis: protoplasmatische und kollagene, Kerne und Kernkörperchen schwach aber deutlich tingiert, die elastische und die Hornsubstanz dagegen stark, elektiv, erstere braunrot, letztere mehr leuchtend rein rot.

Es mag für die Güte dieser Färbungsmethode sprechen, dafs sie alle anderen Methoden in Unnas Laboratorium verdrängt hat. Wesentliche Veränderungen derselben haben sich nicht eingebürgert. Nur kann statt der Salpetersäure ebenso gut Salzsäure (Török) angewandt werden; auch kann man die Farblösung mit Spiritus und Säure noch weiter verdünnen, ohne der Färbung Eintrag zu thun.

Da verschiedene Herren Arbeiten vorbereitet haben, bei welchen diese Methode mit Vorteil gebraucht worden ist, so erscheint es nur gerecht, dieselbe unter Taenzers Namen, der sie zuerst anwandte, vorher bekannt zu machen. Herr Dr. Müller, welcher sehr schöne Präparate nach dieser Färbung vorzeigte, fand als beste Gegenfärbungen die mit Böhmerscher Hämatoxylinlösung oder mit Methylenblau.

Müller-Hamburg demonstriert eine Anzahl wohlgelungener Präparate, die gleichzeitig seinem Vortrage:

Über Histologie des Pemphigus vegetans als Illustrationen dienen. (Der Vortrag erscheint demnächst ausführlich in dieser Zeitschrift.)

Veiel-Cannstatt: **Über Furunkulosis.** (Der Vortrag findet sich auf S. 362 des vorliegenden Heftes abgedruckt.)

Diskussion.

Unna erkennt den Wert der warmen Breiumschläge an, glaubt, dafs es sich zur besseren Reinhaltung der Wunde empfiehlt, zuerst Quecksilberkarbolpflastermull zu applizieren und darüber die Breiumschläge zu machen. Er selbst sei übrigens ausschliefslich mit Hg-Karbolpflastermull gut ausgekommen. Bei allgemeiner, namentlich postekzematöser Furunkulosis ist Pasta Zinci sulfurata über den ganzen Körper gerieben, ein vortreffliches Mittel.

Veiel hat auf die Applikation von Hg-Karbolpflastermull in wiederholten Fällen von allgemeiner Furunkulose Dermatitis auftreten sehen, weshalb er von der Anwendung desselben allmählich abgekommen und für diese Fälle zur alten Therapie zurückgekehrt sei. Bei einzelnen Furunkeln bediene er sich des Unnaschen Mittels auch.

Ihle-Leipzig: **Über Versuche mit einigen bisher noch nicht angewandten reduzierenden Medikamenten.** (Der Vortrag ist bereits abgedruckt auf S. 310 dieser Zeitschrift.)

Diskussion.

Berliner-Hamburg teilt im Anschlusse an die Bemerkungen des Vorredners über den Gebrauch einiger schwefligsaurer Verbindungen bei Hautkrankheiten seine Erfahrungen mit, die er seit einer Reihe von Monaten mit der therapeutischen Verwendung der Solutio calcii bisulfurosi in Dr. Unnas Privatklinik gemacht habe. Die Solution enthielt ca. 5 % freie schweflige Säure und wurde mit Lanolin und Adeps (oder Vaselin) als Vehikel zum Unguentum calcii bisulfurosi kombiniert.

Die Salbe wurde in 2 Formeln besonders verschrieben:

1. *Solutio calcii bisulfurosi*	40,0
Adeps	20,0
Lanolin	10,0

Die Salbe enthält etwa 3 % freie schweflige Säure und läfst den charakteristischen, stechenden Geruch der Säure erkennen.

2. *Solutio calcii bisulfurosi*	10,0
Lanolin	
Vaselin aa	20,0

Diese Salbe enthält 1 % freie schweflige Säure und ist geruchlos.

Ref. teilt die Resultate von 21 Fällen mit, von denen 7 Psoriasis, 5 seborrhoisches (psoriatiformes) Ekzem, 2 seborrhoisches, nässendes, klein vesikulöses, 1 papulöses Ekzem, 1 Bäckerekzem, 1 Lepra, 1 Granuloma fungoides, 3 Pityriasis versicolor betrafen.

Bei Pityriasis versicolor wirkte es prompter und besser als alle anderen bisher angewandten Mittel und erwies sich so fast als Specificum. — Ohne jeglichen Zusatz, als einfaches Ersatzmittel für Chrysarobin oder Pyrogallol oder ein anderes Reduktionsmittel war es von durchgreifender Wirkung, nur in 1 Falle von diffuser, inveterierter Psoriasis und in 1 Falle von klein vesikulösem, nässenden Ekzem. Dagegen that es in allen Fällen, wo nach vorangegangener Chrysarobin-Pyrogallolkur eine Hautreizung eingetreten war, als ein mildes, juckstillendes, von nachteiligen Nebenerscheinungen nirgends beeinflufstes Mittel seine volle Schuldigkeit.

Ref. will mit der Salbe weitere Versuche, namentlich auch nach Bulkleys Vorschlag bei Ekzema marginatum anstellen und die Resultate derselben ausführlich in dieser Zeitschrift mitteilen.

Veiel bestätigt die gute Wirkung der schwefligen Säure bei Pityriasis versicolor.

Beissel-Aachen benutzt die Gelegenheit, an Ihles Mitteilungen über das Wollfett als Konstituens einige therapeutische Bemerkungen über das Oleum physeteris anzuschliefsen. Er hat dasselbe als sehr gutes Salbenvehikel namentlich für graue Salbe kennen gelernt.

Berliner-Hamburg: **Über Hutchinsons Sommerprurigo und Sommereruption** (a form of Kaposis disease). (Der Vortrag erscheint demnächst in extenso in den *Monatsheften.*)

Auf den Vorschlag des Vorsitzenden wird Herr Unna zum Vorsitzenden für die nächste Sitzung gewählt.

III. Sitzung am 16. September, nachmittags 3½ Uhr.

Vorsitzender: Herr Unna.

Veiel-Cannstatt: **Ein seltenes Arzneiexanthem.**

Es handelt sich um einen 33jährigen Kaufmann, der von seinem Hausarzte mit der Diagnose: Pemphigus rheumaticus chronicus an V. zur Aufnahme in dessen Heilanstalt verwiesen worden war. Nach der Beschreibung des Patienten hatten sich von Zeit zu Zeit an den Lippen und am harten Gaumen Blasen, und an den Handtellern und Fufssohlen ein nesselartiger Ausschlag gezeigt, der nach ca. 10 Tagen in Fetzen sich abschuppte. Die subjektiven Beschwerden des Patienten bestanden in heftigen Kopfschmerzen und starkem Juckreize.

Diese Krankheitserscheinungen traten am schärfsten hervor im Januar d. J., wo der Patient wegen der Influenza und im Mai, wo er wegen einer Kniegelenksentzündung Antipyrin eingenommen hatte. In den Monaten Februar, März bekam er ebenfalls mehrere, aber schwächere Attacken. V. glaubte, dafs es sich im vorliegenden

Falle um ein Antipyrinexanthem gehandelt habe, und suchte, um sich von der Richtigkeit seiner Annahme zu überzeugen, dasselbe auf künstlichem Wege durch Antipyringaben bei dem Patienten hervorzurufen, was ihm vollständig gelang.

Am 4. Juni 8 Uhr morgens erhielt der Patient 1 g Antipyrin, ½ Stunde später noch die Hälfte dieser Dosis; um ½10 Uhr stellte sich starkes Prickeln in den Lippen ein, das an Intensität zunahm. Um 11 Uhr waren die Lippen intensiv gerötet und geschwollen. Die Körpertemperatur betrug 39,2. Schon am folgenden Tage war das Allgemeinbefinden besser und die Temperatur auf 37,6 gesunken. Die Lippen waren noch geschwollen; am harten Gaumen zeigten sich Blasen, in den Handtellern, Fufssohlen und am Skrotum rötliche Flecke. Die Blasen verschwanden nach 6 Tagen, die Flecke erst nach 3 Wochen. Von besonderem Interesse bei diesem durch die Einverleibung von Antipyrin hervorgerufenen Exanthem war die konstante Lokalisation und die hochgradige Temperatursteigerung.

Diskussion:

Hahn-Bonn schildert einen ähnlichen Fall, den er in Doutreleponts Klinik Gelegenheit hatte zu beobachten.

Es handelte sich um einen Bierbrauer in Bonn, der bereits im Jahre 1886 wegen eines blasenartigen Ausschlages sich zweimal poliklinisch hatte behandeln lassen. Es hatte sich herausgestellt, dafs er diesen Ausschlag, der das zweite Mal unter Fiebererscheinungen, Schwindelanfällen, Schmerzen beim Schlucken aufgetreten und durch juckende Papeln an den Händen und durch Blasen im Munde und am Skrotum charakterisiert war, unmittelbar nach dem Einnehmen von Antipyrin bekommen hatte.

Das dritte Mal fand der Patient im November 1889 wegen eines ähnlichen Ausschlags in der Klinik des Herrn Doutrelepont Aufnahme.

Der Patient fieberte, zeigte ein gedunsenes, leicht cyanotisches Gesicht. Die Schleimhaut des Mundes, des Gaumens, der Lippen und die Ränder der Zunge waren von zahlreichen, Plaques muqueuses ähnlichen, teilweise konfluierten Efflorescenzen eingenommen. An beiden Unterschenkeln, am rechten Oberschenkel und am Rücken beider Hände zeigten sich bis markstückgrofse Blasen. Das Skrotum war in eine glänzend rote, mit Borken und Eiter bedeckte Fläche verwandelt. — Nach etwa 11tägiger hauptsächlich symptomatischer Behandlung waren sämtliche Erscheinungen bis auf einige leichte Rötungen an Stellen, wo Blasen gesessen hatten, geschwunden. Zwei Tage später erhielt der Patient, ohne dafs er es wufste, experimenti causa 2 g Antipyrin mit seinem Morgenkaffee. Schon nach einer Stunde stellten sich Schmerzen beim Schlucken, Salivation, Schwellung der Lippen und das Gefühl von Spannung im Gesichte ein. Patient sagte, es käme ihm vor, als habe er wieder Antipyrin genommen; nach weiteren 3 Stunden Schüttelfrost, bläuliche Verfärbung an Gesicht Händen und Füfsen, beträchtliches Fieber, nach 9 Stunden rote Flecke auf Armen und Brust. Nach 48 Stunden war das Exanthem in Form von erythemartigen Flecken oder von Blasen an den bereits oben erwähnten Lokalisationen vollständig zutage getreten. — Beim Abblassen des Exanthems stiefs sich die Epidermis an einzelnen Stellen in Fetzen, an anderen in kleienförmigen Schüppchen ab.

Letzel-München erwähnt einen ähnlichen jedoch nicht gleich lokalisierten Fall von Antipyrinexanthem.

Ihle-Leipzig: **Über 2 operativ behandelte Fälle von Carcinoma penis im jugendlichen Alter.** (Der Vortrag wird im nächsten Hefte ausführlich abgedruckt werden.)

Letzel, Badearzt in Tölz und prakt. Arzt in München: **Über die Häufigkeit**

der Beteiligung der Urethra posterior am gonorrhoischen Entzündungsprozesse nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung desselben. (Autoreferat.)

Letzel referiert kurz über eine Arbeit von Jadassohn (*Beiträge zur Lehre von der Urethritis posterior*), welcher in 163 Fällen von Urethritis nur 20 mal die hintere Harnröhre verschont sah. L. untersuchte 53 Gonorrhoeen, welche 7—10 Wochen post infectionem in Behandlung kamen, die erstmalige Erkrankung des Individuums an Gonorrhoe repräsentierten und keinerlei subjektive Beschwerden darboten, welche auf eine Erkrankung der Urethra posterior schliefsen lassen konnten. — Sein Modus procedendi war folgender: Nachdem der Kranke mehrere Stunden den Urin angehalten, spritzt Letzel mit einer etwa 100 cctm enthaltenden Handspritze die Harnröhre unter ziemlichem Druck mehrmals mit sterilisiertem Wasser aus, und wischt darauf den Bulbus mit einer elastischen Bougie à boule aus, um etwa noch zurückgebliebenes zähes Sekret aus der vorderen Harnröhre zu entfernen. Wenn der jetzt gelassene Urin Mucus und Filamente enthält, so müssen dieselben aus der Urethra posterior resp. der Blase stammen.

Die oft wiederholten Untersuchungen Letzels ergaben das überraschende Resultat, dafs von den in Frage kommenden Gonorrhoeen etwa 92,5 % eine Beteiligung der Urethra posterior zeigten; 5 % mehr als Jadassohn bei seinen Untersuchungen gefunden.

Es blieben also nur 7,5 % dieser 7—10 Wochen alten Gonorrhoeen von der Urethritis posterior verschont. In diesem Vorgang sieht L. den Grund, dafs so viele Gonorrhoeen in das chronische Stadium übergehen, und fordert die Praktiker auf, jede Gonorrhoe, die über 6 Wochen alt ist, auf das Vorhandensein einer Urethritis posterior zu untersuchen und event. die entsprechende Therapie einzuleiten, welche oft genug eine dankbare sein würde.

L. macht in diesem Stadium des Prozesses Einträufelungen von 10 % Resorcinlösung, 5—10 % Thallin sulf.-Lösung oder Solut. argent. nitr. ¼—½ % in die Urethra posterior mittelst einer perforierten Sonde nach Guyon, welche durch einen Schlauch mit einer gewöhnlichen Injektionsspritze verbunden ist. Man spritzt 4—5 g der Flüssigkeit unter allmählichem Zurückziehen des Instruments einmal täglich ein. Die Höllensteinlösung gebraucht er nur alle 2—3 Tage, wann event. der durch die vorhergegangene Injektion gesetzte Reizzustand der Schleimhaut der Urethra posterior wieder geschwunden ist.

Zur Erleichterung der Behandlung der Urethritis posterior empfiehlt L. die von Apotheker C. Stephan in Dresden vorzüglich hergestellten Prostata-Antrophore.

Diskussion.

Apotheker Stephan-Dresden demonstriert die verbesserten Antrophore.

Ihle kann sich für die Antrophore nicht sehr erwärmen, weil die metallische Sonde bei unvorsichtigen Patienten leicht in die Blase hineinrutschen kann.

Letzel vertraut die Antrophore nur intelligenten und manuell nicht ungeschickten Patienten nach einigen Probeeinführungen an. Im übrigen könne dem von Ihle vorgebrachten Übelstande durch Anbringen eines Ringes an dem oberen Ende des Antrophores leicht abgeholfen werden.

Unna: **Über Erkrankungen der Mundschleimdrüsen.** (Der Vortrag ist abgedruckt auf S. 317 dieser Zeitschrift.)

Nach Erledigung der wissenschaftlichen Vorträge beantragt Herr Lassar gemäfs des § 16 der Statuten der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte die Wahl eines die nächstjährige Sitzung der Sektion vorbereitenden Abteilungsvorstandes und schlägt hierfür aufser dem Einführenden der Sektion die Herren Unna-Hamburg und Köbner-Berlin vor. Die Wahl wird genehmigt.

Der Vorsitzende dankt den Anwesenden für den regen Eifer, mit dem in beiden Sitzungen gearbeitet worden sei, dankt ins Besondere dem Einführenden, Herrn RUNGE, sowie dem Schriftführer Herrn SEYFFERT für die mit Sorgfalt und Umsicht vorbereitete Sektion und schliefst mit einem frohen, fröhlichen Wiedersehen auf dem nächsten Kongresse die Sitzung. —

Am nächsten Tage vereinigte die Spezialkollegen ein Frühstück im Bremer Ratskeller.

Das gute Einvernehmen, das unter den Teilnehmern in den Sektionssitzungen sich so wohlthuend kundgegeben hatte, fand hier in den weltbekannten Räumlichkeiten bei frischen Austern, ehrwürdigen Weinen und gewürzten Reden einen lebhaften Widerhall.

Mittwoch den 17. Septbr. vormittags 9½ Uhr fand die zweite öffentliche allgemeine Sitzung des Kongresses statt, wobei Halle a./d. Saale als Versammlungsort, die Professoren HIS und QUINCKE als Vorsitzende der nächstjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte aus der Wahl hervorgingen.

Donnerstag, den 18. Septbr. lud Herr Dr. RUNGE die Teilnehmer der dermatologischen Sektion zu einem solennen Diner nach seiner Wohnung ein.

Herrn Dr. RUNGE sei für seine Liebenswürdigkeit und Gastfreundlichkeit nochmals an dieser Stelle der herzlichste Dank dargebracht.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Neuere Arbeiten über Hydroxylamin, von Dr. O. ROSENTHAL. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 35.) R. stellt die bis jetzt bekannten Erfahrungen über Hydroxylamin zusammen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein neues Salbenkonstituens, von Dr. J. KÜHN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 36). Das vom Apotheker CANZ in Leipzig dargestellte Mollin ist ein Konstituens aus Seife, welches eine weiche Konsistenz besitzt und durch möglichste Neutralität nicht scharf und reizend wirkt; es ist eine um 17 % überfettete Seife. Zur Herstellung des Mollin wird reinstes, frisches Nierenfett, dito Talg und feinstes Cochinkokosöl verwendet. Die Fette werden hauptsächlich mit Kalilauge und etwas Natronlauge auf kaltem Wege so verseift, dafs das notwendige Verhältnis zwischen Fetten und Basen resultiert. Durch nachfolgende Einwirkung von 30 % Glycerin und nochmalige vorsichtige Erhitzung wird die Verseifung vervollständigt und das Mollin erhalten. Es ist mattweifs, hält sich jahrelang und besitzt eine grofse Reinlichkeit. Es macht ferner keine Flecke und läfst sich aufs innigste mit dem ihm einverleibten Medikamente vermischen, was Verf. selbst mikroskopisch nachweisen konnte. Das Quecksilbermollin besteht im Verhältnis von 1 : 2 oder auch 1 : 1.

Es besitzt, in Bezug auf die Inunktionskur, abgesehen von seiner grofsen Reinlichkeit, vor allen anderen Konstituentien den Vorzug, dafs es sich viel leichter und in viel kürzerer Zeit einreiben läfst; in 10 Minuten ist das Präparat vollständig verrieben. Ebenso ausgezeichnete Resultate sind bei Psoriasis mit Chrysarobinmollin erzielt worden, indem es keine entzündlichen Erscheinungen hervorrief. Bei Scabies war Styraxmollin von grofsem Vorteil wegen seines leichten Abwaschens.

Ein Fall von Seborrhoea manuum wurde nach 7 Einreibungen mit Zinkmollin geheilt; 2 Fälle von Acne vulgaris nach 5 Einreibungen mit Mollinum purum, (!) 2 Fälle von Herpes squamosus nach dreimaliger Behandlung mit Salicylschwefelmollin. Bei akut entzündlichen Prozessen ist es wegen seiner Seifenform nicht anzuwenden.

L. Hoffmann-Berlin.

Cirkulationsstörungen.

Über ein nach dem Genusse alkoholischer Getränke auftretendes Exanthem, von Dr. G. Kaempfer in Breslau. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 9.) Bei einem Patienten, der starker Potator war, rötete sich nach Gebrauch von 2 Liqueurglas Cognac 5 Minuten darnach das Gesicht mitsamt den Ohren und den sichtbaren Schleimhäuten. Dte Rötung schritt zusehends nach abwärts fort und zwar immer streng symmetrisch. Der Augenhintergrund zeigte eine starke Hyperämie der Retinalgefäfse, der Pharynx war scharlachrot. So blieb der Zustand $^1/_2$ Stunde, alsdann erfolgte ein Abblassen. Strich man mit dem Fingernagel über die abgeblafsten Partieen der Haut, so trat in der Umgebung des Striches Rötung auf, während bei floridem Exanthem ein ausgesprochenes Blafswerden der betroffenen Partieen, also lokale Anämie eintrat. Die Temperatur der vom Exanthem betroffenen Stellen war $^1/_2$ Grad höher als die der normalen Haut; der Puls betrug während der Dauer der Affektion 124; der Urin zeichnete sich $^1/_4$ Stunde nach Einnahme des Cognacs durch eine auffallend helle Farbe aus, spec. Gew. 1014, Reaktion neutral. Es bestanden ferner Kopfschmerzen und Hitzegefühl, die mit der Abnahme des Exanthems schwanden. Bei mehrmaligen Versuchen, ob die Affektion auch vom Cognac herrührten, zeigten sich immer wieder dieselben Erscheinungen, nur durch vorheriges Auflegen von Eisblasen oder nach einer subkutanen Injektion von Morphium bleibt es auf Gesicht und Hals beschränkt. Nach Ansicht des Verfassers handelt es sich um eine Reizung der gefäfserweiternden Nerven. *L. Hoffmann-Berlin.*

Neurotische Entzündungen.

Über Erythema exsudativum, von Dr. Pumplun. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 36.) In der Sitzung des Greifswalder medizinischen Vereins vom 5. Juli, stellte P. eine 10jährige Patientin vor, die vor 14 Tagen plötzlich an Schüttelfrösten, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit erkrankte. Auf beiden Fufsrücken circumscripte rote Flecke mit schmerzhaftem Jucken. Von da verbreiteten sich die Efflorescenzen auf die Vorderseiten beider Unterschenkel in Form verschieden grofser Knoten, von roter Färbung und so schmerzhaft, dafs die Bettdecke nicht ertragen wurde. Innere Organe intakt. Temperatur 39—36,3 in wechselndem Typus. Ausschliefslich sind die Streckseiten befallen, auch die der oberen Extremitäten. An symmetrischen Stellen gehen die Knoten in Zerteilung aus mit Desquamation. Nirgends Gangrän, nirgends Abscedierung. Ätiologie völlig unaufgeklärt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Über Lupus vulgaris, von Faber. (Inaugural-Dissertation, Würzburg 1889. In der vorliegenden Dissertation werden 22 Fälle von Lupus vulgaris mitgeteilt, von) denen zwei aus der Privatpraxis des Referenten, 20 aus der Hautabteilung im Julius. hospital stammen. Eine besondere Berücksichtigung ist den Beziehungen des Lupus zur Tuberkulose gewidmet. Gemeinschaftlich wiesen Anamnese und Status praesens in 10 Fällen auf Zeichen der Tuberkulose hin. *Seifert-Würzburg.*

Über Inokulationslupus, von Dr. Jadassohn. (*Virchows Archiv.* Bd. 121.) J. beschreibt 2 Fälle von Inokulationslupus, von denen bei dem ersten im Anschluſs an eine äuſsere Verletzung einmal ein nicht besonders charakterisiertes, tuberkulöses Geschwür, und dann — durch eine „innere Überwanderung" des Virus — ein typischer Lupus entstanden ist. In dem zweiten Falle ist im unmittelbaren Anschluſs an eine wirklich kutane Inokulation mit tuberkulösem Material ein klinisch, wie mikroskopisch typischer Lupus entstanden, und zwar bei einer Person, die weder vorher, noch nachher irgend welche anderen Symptome von Tuberkulose aufgewiesen hat.
L. Hoffmann-Berlin.

c. *Syphilis.*

Über die Behandlung der Syphilis mit salzsaurem Glutinpeptonsublimat, (nach Dr. Paal), von Dr. E. Hüfler. (*Therap. Monatsh.* 1890, No. 9.) In der Zeit von Juni 1889 bis März 1890 wurden 60 Patienten klinisch und 10 Patienten privatim mit dem Glutinpeptonsublimat behandelt, wobei 1300 Injektionen gemacht wurden. Die Injektionsflüssigkeit war so stark, daſs eine Pravazsche Spritze 1 cg Sublimat enthielt. Zu diesem Behufe wurden 4 g des festen salzsauren Glutinpeptonsublimats (mit 25 % $HgCl_2$) in destilliertem Wasser gelöst, die Lösung mit Wasser auf 100 ccm aufgefüllt und, wenn nötig, filtriert. Die Injektionen, welche täglich gemacht werden, wurden subkutan in das Unterhautbindegewebe zwischen den Schulterblättern bis herunter nach der Lendengegend oder intramuskulär, in die Glutäen, ausgeführt. Die Erfolge waren gut, im Durchschnitt waren zur Heilung der sekundären Symptome 20 Injektionen notwendig; doch blieben Recidive nicht aus, so daſs H. empfiehlt, 4 Wochen lang die Injektionen zu machen. Die Schmerzhaftigkeit bei den Injektionen ist sehr gering, ein Abscefs ist bei 1300 Injektionen niemals vorgekommen geringe Infiltration wurde nur 8 mal beobachtet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Hautsyphilis des Gesichtes, von Dr. Unna. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 37.) In der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 22. April stellte U. ein 21jähriges Mädchen mit Hautsyphilid des Gesichtes vor, welches seit dem 9. Lebensjahre besteht und dauernd als Lupus behandelt wurde, dem es sowohl durch seine tuberöse Form, als auch durch seine schmetterlingsförmige Ausbreitung sehr ähnelt. Differentialdiagnostisch erwähnt Unna, daſs 1. Lupusknötchen durchscheinend seien, was zwar auch bei hereditärer Lues vorkomme, wo jedoch dann mehr ein entzündlicher Charakter zu erkennen sei, und daſs 2. die Zerstörungen namentlich an der Nase nicht so hochgradige seien, wie man sie bei einem seit 12 Jahren bestehenden Lupus erwarten müsse. Die Richtigkeit der Diagnose, Lues hereditaria tarda, ist auch durch die Therapie (Quecksilberkur mit Jodkali) sichergestellt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über intramuskuläre Injektionen von Ol. ciner. gegen Syphilis, von Mau (Framersheim). (Inaug.-Dissertation, Würzburg 1890.) Mitteilung über die auf der Syphilido-Klinik in Würzburg mit Injektionen grauen Oles erzielten Erfolge. Im ganzen wurden 13 Patienten mit zusammen 106 Injektionen behandelt. Beim Einzelnen waren durchschnittlich 8 Injektionen nötig, welche wöchentlich zweimal appliziert wurden. Mehr als 10 Injektionen wurden bei einem und demselben Individuum nicht appliziert, die geringste Zahl der Injektionen, welche bei einem Patienten nötig waren, war 7. Es wurde bei den Injektionen nach der Vorschrift von Lang verfahren.

Unangenehme Nebenerscheinungen (Stomatitis, lokale Reaktion) kamen selten zur Beobachtung. *Seifert-Würzburg.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Behandlung der Scabies mit Oxynaphtoësäure, von Roth. (Inaugural-Dissertation. Würzburg 1889.) Auf der Abteilung für Hautkranke im Juliusspital wurden auf des Ref. Anregung Versuche mit Oxynaphtoësäure zur Behandlung der Scabies angestellt. Angewandt wurde eine 10 % Salbe und diese am ersten Tage 2 mal (morgens und abends), am zweiten und dritten Tage, wenn nötig, noch einmal appliziert. Der Heilerfolg war ein prompter; unangenehme Nebenwirkungen, von der Resorption des Medikamentes herrührend, traten nicht auf. Am 2. Tage nach der Applikation der Salbe zeigte der Urin eine eigentümlich rosa schillernde Färbung des Urins, FeCl-Zusatz gab violett-grünliche Färbung.

Seifert-Würzburg.

Karbolöl gegen Scabies, von Dr. Israel in Gnesen. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 9.) J. warnt vor dem Gebrauch von Karbolöl gegen Skabies, indem er Intoxikationen von Karbol dabei beobachtet hat. *L. Hoffmann-Berlin.*

b. *der Cutis.*

Ein Fall von multiplen Granulomen der Haut, von Dr. Unna. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 37.) In der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 22. April stellte U. eine Patientin mit multiplen Granulomen der Haut vor, bei der eine fortgesetzte Schmierkur mit Chrysarobin das Leiden zum Schwinden gebracht hat. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Elephantiasis Arabum, von Katzer. (Inaugural-Dissertation. Würzburg 1889.) Bericht über einen Fall von El. Arab., der einen 26jährigen Bauer betraf, bei welchem die rechte Unterextremität erkrankt war. Eine Unterbindung der Arteria femoralis hatte keinen Einfluſs auf den Krankheitsprozeſs.

Seifert-Würzburg.

Mifsbildungen.

Über naevi vasculares, von KODEMANN. (Inaug.-Dissertation. Würzburg 1889.) Mitteilung eines Falles von naevus vascularis, der, am Helix des linken Ohres beginnend, sich über die pars mastoidea bis zur Mittellinie des Nackens erstreckte. Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, dafs der Naevus spontan zur Rückbildung gelangte.

Ein zweiter Fall wird nur aphonistisch mitgeteilt, da nur spärliche Notizen über denselben vorlagen. Hier hatte der Naevus seinen Sitz in der Gegend der grofsen Fontanellen (bei einem 5jährigen Knaben) und bildete sich ebenfalls spontan zurück.

Seifert-Würzburg

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Antiseptik der Harnröhre und Harnblase (ohne Blasenschnitt), von Dr. ZIEMSSEN in Wiesbaden. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 39). Eine ausreichende Antiseptik der Harnröhre kann nur gleichzeitig mit derjenigen der Harnblase bewerkstelligt werden. Die beste Methode wird — so lange der Patient noch willkürlich zu urinieren imstande ist — mit Hülfe eines einfachen gläsernen Irrigators mit Gummischlauch und kurzem Mundstück ausgeführt. Nachdem der Kranke uriniert und sich flach hingelegt hat, wird das Mundstück des Schlauches auf die äufsere Harnröhrenmündung gesetzt, der Irrigator dann allmählich von einem Gehilfen bis zu 1—2 m in die Höhe gehoben. Die vorher angewärmte Flüssigkeit in dem Irrigator überwindet langsam den Widerstand des Blasenverschlusses und füllt vollständig Harnröhre und Blase. Zu beobachtende Vorsichtsmafsregeln sind: Der Kranke mufs vollständig gestützt liegen und Bauch- und Oberschenkelmuskeln insbesondere abspannen. Die Flüssigkeit sei erwärmt und nicht zu konzentriert (z. B. 4 % Borsäurelösung, ½ % Lösung von Zinc. sulf. u. s. w.). Der Schlauch sei luftleer. Die Erhebung des Irrigators geschehe anfangs langsam und werde sofort vermindert, falls Druck oder Spannung in der Blase vom Patienten empfunden wird. Beim weiblichen Geschlecht ist dasselbe Verfahren leicht anwendbar, indem man mit der rechten Hand das Mundstück auf die äufsere Harnröhrenmündung setzt und mit der linken Hand von der Scheide aus einen leichten Gegendruck ausübt.

L. Hoffmann-Berlin.

Beitrag zur Behandlung der Neuralgia spermatica, von Dr. TH. BENDA. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 38.) Bei einer schweren Neuralgia spermatica, gegen welche selbst die Kastration vergeblich angewendet wurde, wirkte, nachdem durch Elektrizität eine geringe Besserung eingetreten war, eine Bandage, die einen permanenten Druck in der Leistengegend ausübte, sehr günstig. Dieselbe bestand aus einem Stahlgürtel mit einer ebenfalls aus Stahlblech gearbeiteten, gut gepolsterten Pelotte, die einen permanenten Druck auf den Samenstrang ausübte. Aufserdem trägt der Gürtel ein Suspensorium zur Aufnahme des einen Hodens.

L. Hoffmann-Berlin.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Finweg. (Inaugural-Dissertation. Würzburg 1889.) Zusammenstellung der zur Heilung von Harnröhrenstrikturen gebräuchlichen Methoden, an welche 2 von Passet gemachte Extraurethrotomieen und zwei vom Verf. mit Massage behandelte Fälle von Harnröhrenstriktur angefügt werden. *Seifert-Würzburg.*

Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Sozojodol, von Taaks. (Inaug.-Dissertation. Würzburg 1889.) Bericht über 11 Fälle von Gonorrhoe aus der Syphilidoklinik in Würzburg, die mit Sozojodol-Zink behandelt wurden. Bei Männern wurde eine 2%ige Lösung zu Einspritzungen (3 mal täglich) benutzt, bei Weibern kamen 3%ige Stifte zur Verwendung. Die Erfolge waren befriedigend, insbesondere bei den Gonorrhoen der Männer. Als unangenehme Erscheinung machte sich bei einigen Fällen ein lebhaftes Brennen nach den ersten Injektionen bemerkbar.

Seifert-Würzburg.

Berichtigung.

Auf besonderen Wunsch des Herrn Prof. Dr. H. Köbner-Berlin bringen wir Nachstehendes zum Abdruck:

Ergänzung zu dem Referate über „die Behandlung der Syphilis" (Köbner) auf dem internationalen Kongresse zu Berlin. Heft 6. S. 266.

Statt des Satzes: „In betreff der intermittierenden Behandlung steht er auf dem Standpunkt, dafs eine einmalige gründliche Behandlung vollständig zur Heilung ausreichend sei" soll es heifsen:

Herr Köbner stimmt im allgemeinen mit Neumann überein und bekämpft die prinzipielle Anwendung der vieljährigen intermittierenden Hg-Behandlung nach Fournier bei allen Syphilisfällen. Auch er kennt Kranke, welche nach ein oder zwei gründlichen Kuren seit 20 bis 25 Jahren nebst Frauen und Kindern gesund geblieben sind. Ähnlich war die Behandlung bei einem Teil der von Herrn Köbner mit syphilitischer Reinfektion Beobachteten gewesen. Auch Sektionen einiger, nur 1 oder 2 mal merkurialisierter Kranker zeigten ihm in den inneren Organen nichts von Syphilis. Andererseits sah er Fälle von malignem Verlauf derselben bei solchen, welche während mehrerer Jahre oft und eingreifend mit Hg behandelt worden waren. Herr K. befürwortet deshalb im wesentlichen die symptomatische, durch die Recidive schon oft genug nötige Hg-Behandlung, wobei er einen grofsen Wert auf die von ihm empfohlene gleichzeitige regionäe Hg-Behandlung aller Krankheitsherde legt, welche er konsequent auf deren Residuen auch nach Abschlufs der sehr energischen ersten Kuren mit Pausen und namentlich, wenn es sich um Drüseninfiltrationen handelt, unter gleichzeitigem Jodgebrauch anwendet. Fourniers Methode will Herr K. nur auf wenige Fälle eingeschränkt wissen. Sie sei aber nicht blofs für einen grofsen Teil aller Syphilitischen überflüssig, sondern sowohl in ihren von F. angegebenen Formen, als namentlich in den von Neisser noch protrahierten und gesteigerten Hg-Mengen (häufige Injektionskuren unlöslicher Salze und dazwischen sogenannte leichte Pillen und Injektionen löslicher Salze) oft schädlich durch Erzeugung von Neurasthenie und von Digestionsstörungen. —

Weiterhin empfiehlt Herr Köbner für Personen mit Widerwillen gegen Jodsalze nochmals die Anwendung derselben per Rectum.

Erklärung der Figuren von Tafel V.

Fig. 1 stellt nach den Voigtschen Tafeln den Verlauf der Grenzlinien des Verästelungsgebietes der Hauptnerven dar. Aufser der äufseren und inneren Grenzlinie ist auch noch die Nebenlinie der Fufs- und Zehenränder dargestellt.

Fig. 2 ist eine schematische Wiedergabe unseres Falles I. Die ichthyotischen Efflorescenzen sind in einer Linie angeordnet, welche einem Teile der inneren Grenzlinie und einem Teile der Nebenlinie entspricht. Die Fortsetzung des ichthyotischen Streifens in der Richtung zur Hinterbacke und auf derselben, welche auch in *Fig. 4* und *Fig. 6* zu sehen ist, ist im Texte eingehender besprochen.

Fig. 3 ist eine schematische Wiedergabe einer der von Hutchinson publizierten Abbildungen von einem Hindu mit albinotischen Streifen und Flecken. Der Streifen hält sich an die innere Grenzlinie und an einen Teil der Nebenlinie, an dem inneren Fufsrande. Der Fleck an der äufseren Hälfte der Hinterbacke und des Oberschenkels verläuft in der Richtung der äufseren Grenzlinie, der Fleck an dem Unterschenkel in der Richtung der Nebenlinie des äufseren Knöchels.

Fig. 4 zeigt die ichthyotischen Efflorescenzen von Fall II auf einem Teile der inneren Grenzlinie in Form eines Streifens angeordnet und einen gröfseren Fleck in der Richtung der äufseren Grenzlinie. — Die Übereinstimmung in den Einzelheiten der Flecke in der Richtung der äufseren Grenzlinie *(Fig. 3* und *Fig. 4)* ist bei den Originalabbildungen eine viel vollkommenere, als in diesen Schemata.

Fig. 5 zeigt die Grenzlinien mehr von aufsen gesehen, auf dem linken Beine.

Fig. 6 ist eine schematische Wiedergabe der Photographie, welche Shearar seinem Artikel beigefügt hat. Mit der *Fig. 5* herrscht eine fast vollkommene Übereinstimmung.

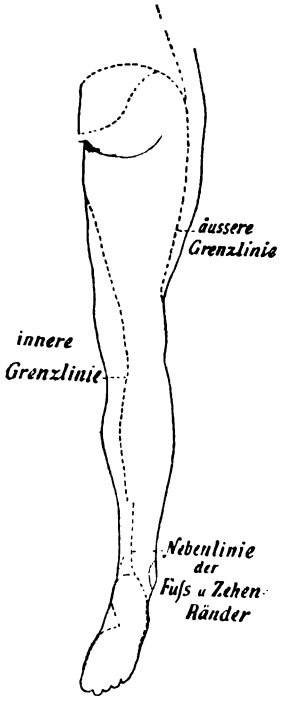


Fig. 1.

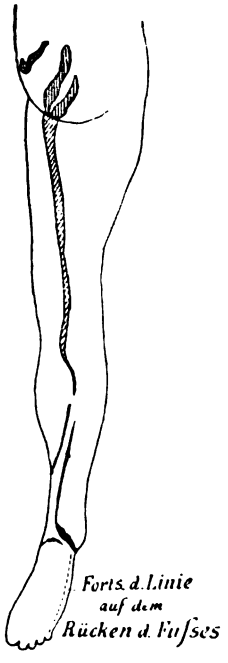


Fig. 2.

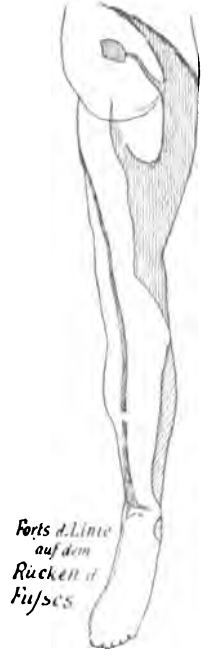


Fig. 3.

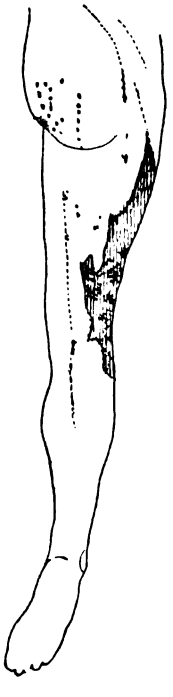


Fig. 4.

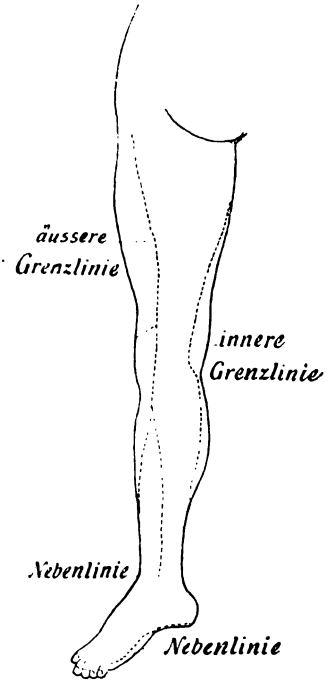


Fig. 5.

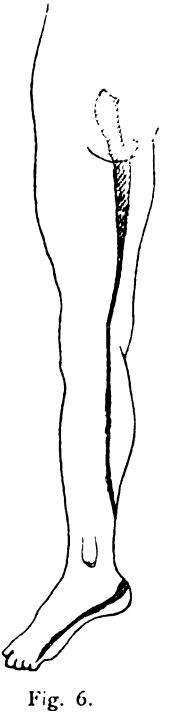


Fig. 6.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 9. 1. November 1890

Eine vorbereitende Behandlungsweise bei Lupus vulgaris.

Von

H. G. Brooke
in Manchester.

Lupus vulgaris nimmt meistenteils einen so chronischen Verlauf und verursacht so wenig Beschwerden, dafs, im Falle die entstehende Entstellung des Gesichts keinen Anlafs zu Unannehmlichkeiten gibt, viele sogar der besser situierten Patienten kleinere Flecke jahrelang bestehen und sich allmählich vergröfsern lassen ohne energischere Mafsregeln zu deren Beseitigung zu ergreifen. Oftmals sind sie selber an das Vorhandensein der Hautverfärbung völlig gewöhnt und ertragen dieselbe mit vollkommener Resignation, so dafs sie sich nur durch die dringenden Vorstellungen ihrer Freunde veranlafst finden, ärztlichen Rat nachzusuchen. Solche Kranke werden in nicht geringe Bestürzung versetzt, wenn man ihnen mitteilt, dafs sie sich einer Operation mit Narkose unterziehen müssen, und dafs eine mehrwöchentliche Behandlung mit mehr oder weniger schmerzhaften Verbandmitteln sich derselben anschliefsen werde. Namentlich bei solchen Leuten, welche ein Leben aus der Hand in den Mund führen, oder welche zur Beschaffung des Lebensunterhaltes anderer unentbehrlich sind, habe ich gefunden, dafs eine derartige Mitteilung dazu führte, sie vor der Anwendung jedwelcher Therapie abzuschrecken.

Andere Patienten hinwieder wufsten aus reichlicher Erfahrung nur zu gut, was es bedeutete, wenn man ihre Lupusknötchen „auskratzte“ und dann ruhig unter dem Schutze irgend einer indifferenten Salbe sich wieder frisch entwickeln liefs, und es hielt schwer, sie zu der Wiederholung einer, wie sie meinten, gleichartigen und ebenso aussichtslosen Mafsregel zu überreden.

Bei diesen beiden Klassen von Kranken habe ich es ratsam gefunden, eine Art vorbereitender Behandlung so lange in Anwendung zu bringen, bis einerseits ihre Furcht überwunden war, oder andererseits, bei sehr beschäftigten Leuten, hinreichend Zeit für einen operativen Eingriff erübrigt

werden konnte. Einer meiner frühesten Versuche in dieser Hinsicht betraf eine Fabrikarbeiterin, welche an einem sehr langwierigen und ausgedehnten Lupus verrucosus auf der Dorsalseite der Hand und der Finger der linken Seite litt. Es war ihr zur Zeit unmöglich, die Arbeit auszusetzen, und die Art ihrer Beschäftigung liefs die Anwendung eines umfangreichen Verbandes nicht zu. Ich verordnete deshalb eine Aufpinselung, die aus gleichen Teilen Olivenöl und Aqua gummi arabici mit Salicylsäure im Verhältnis von 1 : 10 bestand. Diese Mischung war von rahmiger Konsistenz und trocknete auf der Haut ein, so dafs eine schützende Bedeckung entstand. Ich hatte dadurch blofs palliativ wirken wollen und war sehr erstaunt, als ich die Krankheit unter dieser Behandlung ohne den geringsten Schmerz oder irgend welche Beschwerden fast gänzlich verschwinden sah. Die Konsistenz der Mischung bedingte jedoch, dafs dieselbe aufserordentlich geneigt war, jeden Schmutz, mit dem sie in Berührung kam, in sich aufzunehmen und festzuhalten, was, im Falle das Gesicht auf diese Weise behandelt werden müfste, sich als eine besonders unliebsame Eigenschaft dokumentierte. Ich wählte deshalb als Basis statt des Ölgummis eine feste Salbe und fügte zur Steigerung des Effekts noch etwas Quecksilber hinzu. Doutrelepont hatte die lokale Wirkung des Sublimats bei Lupus wegen seiner antiparasitären Wirkung lobend hervorgehoben, aber alle Patienten, bei denen ich dasselbe, sei es in wässeriger Lösung oder in Salbenform, anwandte, hatten den dadurch verursachten Schmerz unerträglich gefunden. Merkursalben, namentlich die Jodide, sind schon vor langer Zeit von Biett bei Lupus während der Anfangsstadien angewandt worden, aber sowohl er wie auch seine Nachfolger gebrauchten sie ursprünglich als „Irritantien", welche die Resorption förderten, indem sie „die Vitalität der Haut modifizierten". Da die Vermeidung jeden Reizes bei einer lange fortzusetzenden Behandlung von gröfster Wichtigkeit ist, und derselbe in der That zu der bei Behandlung von Lupus beabsichtigten, antiparasitären Wirkung nicht beitragen würde, so habe ich das Oleat, das von allen Quecksilbersalzen bei weitem am besten in die Haut eindringt, gewählt. Diese eindringende Thätigkeit wird noch gesteigert durch die keratolytische Einwirkung der Salicylsäure auf die oberen Hornschichten, aber die Beimischung dieser Säure mufs nur eine sehr geringe sein, denn eine Kontinuitätstrennung ist zur Erzielung dieser Wirkung nicht erforderlich. Es ist sogar der durch die Anwendung der üblichen grofsen Beimischungen von Salicylsäure erzielte specifische und wohlbekannte Effekt gerade dasjenige, was man vermeiden müfste. Durch kleine Mengen (wie an dem obenerwähnten Falle zu erkennen war) kann man eine langsame Resorption der Lupusknötchen erzielen, ohne eine Ulceration oder selbst eine Exkoriation der Haut hervorzurufen.

Ein weiteres, sich als höchst wertvoll erweisendes Mittel ist das Ichthyol. Dasselbe hatte ich ursprünglich in der Absicht, ein mildes Antiphlogisticum einzufügen, gewählt und um eine etwaige zu intensive Wirkung der anderen Medikamente zu mildern. Diese lindernde Wirkung des Ichthyols bei der gleichzeitigen Anwendung von scharfen und reizenden Substanzen war mir schon früher aufgefallen, und Dr. UNNA teilt mir mit, dafs er vor langer Zeit dieselbe Beobachtung gemacht habe. Der höchst unliebsame Geruch dieses Mittels läfst sich in wirksamer Weise durch irgend einen Wohlgeruch verdecken. Oleum lavandulae ist vielleicht das beste Mittel zu diesem Zwecke.

Es ist freilich unmöglich, eine bestimmte Formel für die Zusammensetzung der drei Bestandteile anzugeben, da das jedesmalige Verhältnis notwendigerweise je nach der Empfindlichkeit der Haut bei den betreffenden Individuen schwanken wird, doch können die folgenden als Grenzzahlen gelten.

℞	*Hydrargyri Oleatis vel olein.* 2½ %—5 %	30,0
	Acidi Salicylici	0,7—1,0
	Ichthyolis	0,5
	Ol. lavandulae	
	vel. Ol. Citronellae	*q. s.*

Es ist in jedem Falle besser, mit der kleineren Dosis anzufangen und allmählich erst zu steigern. Eine Hauptbedingung, welche man den Patienten durchaus einschärfen mufs, ist die, dafs die Haut durch diese Behandlung nicht aufgebrochen werden darf. Wenn sie wund wird und aufzuspringen droht, so mufs der Kranke nach eigenem Ermessen die Salbe vor der Applikation mit reinem Fett versetzen. Offene Wunden heilen oft unter dem Einflusse dieses verdünnten Präparates aus, aber wenn die Ulcerationen irgendwie erheblich sind, so ist es besser, zunächst die Regeneration der Oberhaut durch Verbände mit Zink und Karbolsalbe (Ungt. zinc. benzoic. 30,0, Acid. carbolic. 1,0) herbeizuführen, damit später die gesamte zu behandelnde Oberfläche gleichzeitig einen und den nämlichen Verband erhalten kann.

Die bei weitem am wirksamste Anwendungsweise ist das Einreiben. Je länger dasselbe fortgesetzt wird, desto besser ist es. Ich habe gefunden, dafs ein 20 Minuten lange fortgesetztes Reiben des Abends nebst 10 Minuten langem Reiben des Morgens nicht zu viel ist, z. B. bei Fällen, bei denen das Gesicht in ausgedehnterem Mafse befallen ist, und wenn die Ausbreitung des Leidens ein noch gröfseres Gebiet umfafst, so ist eine dementsprechende längere Inunktionszeit erforderlich. Auch von einem kürzer dauernden Reiben erhält man Vorteil, und sogar die einfache Behandlung mit salbenbestrichenen Lintstreifen gewährt einen gewissen Nutzen; aber die besten Resultate erzielt man stets durch länger

dauerndes, langsames aber stetiges Reiben. Wenn es unmöglich ist, die Einreibung des Morgens vorzunehmen, so sollte die abends darauf verwendete Zeit noch etwas ausgedehnt werden, und tagsüber mufs die Haut einfach mit einer dünnen Schicht Salbe bedeckt sein. Ist das Leiden an den Händen lokalisiert, so mufs man Handschuhe tragen, um das Abreiben der Salbe zu verhindern und um die mit denselben in Berührung kommenden Gegenstände vor Beschmutzung zu bewahren. Auf anderen Stellen kann man die Verbände entbehren, wodurch den Patienten viel Mühe und Unbehagen erspart werden. Das Einpudern mit Stärkemehlpulver, nachdem die Einreibung beendet ist, dient sowohl zur Befestigung der Salbe auf die Haut als auch zur Beseitigung des unangenehmen Gefühls der Fettigkeit. An Stellen, wo die Haut empfindlich oder auch viel exponiert ist, z. B. am Gesicht, kann man diesen Zweck besser erreichen, indem man zum Schlufs eine durch Zusatz von etwas Zinkoxyd und Stärkemehl zu einer Paste eingedickte Salbe aufträgt, wobei vom kosmetischen Standpunkte aus ein weiterer Vorteil noch zu erreichen ist, indem man dieselbe mit etwas Bolus Armena färbt. Die Pastenform der Salbe ist ein sehr wertvolles Schutzmittel und fördert in sehr deutlich erkennbarer Weise die Entwickelung der Hornschicht über kleineren Ulcerationen.

Diese Behandlungsweise, welche ich seit nunmehr vollen 3 Jahren an einer grofsen Anzahl Patienten erprobt habe, liefert höchst befriedigende Resultate, sogar bei sehr ausgesprochenen und lang dauernden Fällen. Bei einigen Patienten,, deren Erkrankung sogar mehrere Jahre zurückdatierte, ist die Methode ohne weitere Beihilfe an sich von vollkommenem Erfolg begleitet gewesen. Die am günstigsten beeinflufsten Fälle waren diejenigen, welche noch garnicht operativ behandelt worden waren; aber ich habe auch mehrfach vorzügliche Resultate bei Recidiven nach früheren „Auskratzungen“ gesehen. Am wenigsten deutlich äufsert sich die Wirkung auf die tief in den Fasermaschen von alten Narben gelegenen Knötchen, aber selbst hier dient die Salbe oft zur Verhütung oder zur Beeinträchtigung des weiteren Wachstums, bis diese Überreste mechanisch entfernt werden können.

Ich behaupte nun durchaus nicht, dafs dieses Verfahren ausnahmslos erfolgreich sei, noch auch, dafs dasselbe an und für sich eine vollständige Methode der Lupusbehandlung darstelle, auch nicht, dafs durch dasselbe die Notwendigkeit des Operierens und der Anwendung der Kauterisation, wodurch das gewünschte Ziel viel schneller erreicht wird, vollständig beseitigt werde. Jedenfalls aber kommen dieser Neuerung folgende drei Vorteile zu:

1. Das Operieren wird dadurch nur an einem bedeutend kleineren Krankheitsgebiet notwendig.

2. Das Verfahren verursacht keinerlei Schmerzen.

3. In den meisten Fällen bedingt dasselbe keine Unterbrechung der Arbeit oder der sonst allgemein üblichen Gewohnheiten.

Schliefslich können, nachdem die Salbe alles geleistet hat, wozu sie imstande ist, etwaige übrig bleibende Stellen mit dem Glüheisen, dem Ätzstift, Pflastern oder auf irgend eine andere dem behandelnden Arzte zweckmäfsig scheinende Weise beseitigt werden.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Zur Erklärung des sogenannten Tripperexanthems.

Von

Prof. Dr. MAX FLESCH
in Frankfurt a./M.

In einer der letzten Nummern des *Chir. Centralbl.* [1] findet sich ein Referat über in Frankreich veröffentlichte Beobachtungen über Tripperexantheme. Zufällig ist mir in der letzten Zeit ein Fall zur Beobachtung gekommen, der vielleicht geeignet ist, zur Erklärung dieses Vorkommens, wenn auch nicht in dem Sinne der dort referierten Abhandlung, beizutragen.

Herr S., 24 J. alt, liefs mich im August wegen Gelenkrheumatismus rufen. Ich fand eine ziemlich starke Schwellung beider Kniegelenke mit unbedeutendem Fieber, verhältnismäfsig geringer Schmerzhaftigkeit und normaler Herzthätigkeit; sehr auffällig war der sehr starke Zungenbelag. Auf mein Befragen erklärte Herr S., vor etwas mehr als 4 Wochen einen Tripper erworben zu haben, den er in der Zwischenzeit erfolglos mit Einspritzungen aller Art bekämpft habe; an eine Beziehung zwischen beiden Erkrankungen dachte er nicht. Es bestand eiteriger Ausfluſs aus der Harnröhre und eine sehr starke Schwellung des Vorhautrestes (Pat. ist Israelit), welche mich, wenn auch grundlos, an gleichzeitige Existenz eines Ulcus denken liefs. Ich verordnete Bettruhe, Einwickelung der Kniegelenke in Watte, Brustpulver, weil angeblich seit 3 Tagen kein Stuhlgang eingetreten

---

[1] *Centralbl. f. Chir.* 1890. No. 32.

war, Aussetzung jeglicher Einspritzung und milde Diät. Schon nach 2 Tagen waren Schmerz und Schwellung der Kniee verschwunden, die Stuhlentleerung war noch immer eine unvollkommene. Ich liefs den Patienten aufstehen und verordnete morgens nüchtern Karlsbader Salz zu nehmen. Nach weiteren 2 Tagen waren zwar die rheumatischen Schmerzen nicht wieder aufgetreten, dagegen hatte die Schwellung des Vorhautrestes derart zugenommen, dafs der Patient heftige Schmerzen empfand und im Gehen behindert war. Ein Geschwür war auch jetzt nicht zu entdecken. Der Ausflufs aus der Harnröhre hielt sich in sehr mäfsigen Grenzen. Ich verordnete Kataplasmen in der Vermutung, dafs sich in der Tiefe ein Abscefs vorbereite, und liefs am 27. August den Patienten in ein Privatkrankenhaus eintreten. Vorher gab ich ihm, auf sein dringendes Bitten, gegen den Tripper vorzugehen, Santalöl, 3 mal täglich 10 Tropfen. Davon nahm er 10 Tropfen am Abend des 26. und weitere 10 Tropfen am Morgen des 27. August. Schon vor der zweiten Dose hatte sich indessen unter heftigem Jucken ein Ausschlag eingestellt, der vom Rumpf ausging und nach und nach sich auf die Extremitäten verbreitete. Es handelte sich um ein ausgebreitetes Erythem mit Urticaria, das sich über den ganzen Körper erstreckte, nur im Gesicht einzelne Flecken freiliefs. Weil noch immer der Stuhlgang nicht genügend geregelt, die Zunge fortdauernd dick belegt war und der Patient über Appetitlosigkeit und schlechten Geschmack im Munde klagte, erhielt er 30 g Ricinusöl. Schon nach 2 Tagen war das Exanthem verschwunden. Unter der Wurzel der Vorhaut, am Frenulum, hatte sich inzwischen spontan ein Abscefs nach aufsen durch das äufsere Hautblatt eröffnet, aus dem sich, einer entlang dem Harnröhrenschwellkörper gelegenen länglichen Anschwellung entstammend, eine verhältnismäfsig grofse Eitermenge entleerte. Sublimatumschläge um das Glied und Wiederaufnahme der Santaltropfen mit gleichzeitigem täglichen Gebrauche des Karlsbader Salzes bildeten die weitere Behandlung, unter welcher der Patient seither soweit gebessert wurde, dafs er wieder seine Reisen aufnahm. Ein Prostataabscefs, dessen Bildung ich gefürchtet hatte, ist nicht entstanden. Die Verdauung war geregelt, die Schwellung der Vorhaut beseitigt, der Ausflufs angeblich ganz verschwunden.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dafs zwischen den beobachteten Krankheitssymptomen und dem vernachlässigten oder besser durch unsinnige Einspritzungen mifshandelten Tripper eine Beziehung bestand. Wohl im Zusammenhange mit dem unregelmäfsigen Leben auf der Reise, hatte sich der Tripper-Rheumatismus und infolge der ziemlich hochgradigen Prostataschwellung, eine hartnäckige Störung der Defäkation ausgebildet. Die Abscefsbildung auf der unteren Fläche des Penis dürfte die direkte Folge von Eiterübertragung sein.

Das Exanthem, wegen dessen wir den Fall hier besprechen, mufs

als Arzneiexanthem aufgefafst werden. Auffallend ist aber, dafs dasselbe nach einer einmaligen Dosis von nur 10 Tropfen Santalöl aufgetreten ist, während doch später der Patient Wochen lang täglich 30 Tropfen unbehelligt ertrug. Die Erklärung ergibt sich aus der gleichzeitigen Verdauungsstörung, die selbst eine indirekte Folge des Trippers, nämlich des Druckes der angeschwollenen und entzündeten Prostata auf den Mastdarm war. Es ist bekannt, dafs Verdauungsstörungen das Auftreten von Exanthemen zur Folge haben können, ebenso, wenn auch weniger betont, dafs der Tripper in sehr vielen Fällen von Anschwellung der Prostata begleitet ist.[2] Letztere kann aber, was allerdings gerade bezüglich der den Tripper komplizierenden Prostata-Schwellung nicht so allgemein beachtet zu sein scheint, zu Verdauungsbeschwerden Anlafs geben. Ich bin selbst mehrere Male in der Lage gewesen, bei verhältnismäfsig jungen Leuten, nachdem von anderer Seite Abführmittel aller Art, Karlsbader Kuren, Massage und Gymnastik erfolglos angewandt waren, habituelle Obstipation durch Bougiebehandlung, unterstützt von Jodeinreibungen und Kataplasmen auf den Damm vollständig zu beseitigen. In zwei früher beobachteten Fällen habe ich deshalb im Verlauf des Trippers aufgetretene Exantheme in entsprechender Weise aufgefafst. Das eine Mal handelte es sich um einen Patienten, bei welchem eine individuelle Disposition zu Exanthemen besteht; bei demselben hatte sich sehr leichte Influenza im Dezember 1889 durch eine zosterartige Herpeseruption im Gesichte kompliziert. Derselbe Ausschlag trat einige Monate später wieder auf, als Pat. einen Tripper erworben und ohne Verordnung Santalöl genommen hatte. In dem anderen Falle war es gleichfalls ein ausgebreitetes Erythem, das mit dem Auftreten des Trippers zusammenfiel, besser dessen Erkenntnis um einige Tage voranging, bei einem Patienten, der wegen Syphilis Jodkali gebraucht, aber schon seit mehreren Tagen damit ausgesetzt hatte. In beiden Fällen (den zuletzt genannten hatte ich Herrn Kollegen Herxheimer zeigen können), ging der Ausschlag auf Gebrauch von Abführmitteln schnell zurück. In dem oben ausführlich erzählten Fall scheint der Sachverhalt nach unserer Auffassung leicht erklärt; die geringe Menge des genossenen Öles hätte ohne die gleichzeitige, ziemlich schwere Verdauungsstörung kaum das Exanthem bewirkt. Dies geht daraus hervor, dafs später das Öl sehr gut vertragen wurde, als der Stuhlgang geregelt war.

Demnach glaube ich, dafs allerdings ein indirekter Zusammenhang

---

[2] cf. Saalfeld, Bemerkung in einer Diskussion in der dermatologischen Sektion der Heidelberger Naturforscherversammlung 1889. *Tageblatt der Heidelberger Naturforscher-Versammlung.* 1889. pag. 591.

zwischen dem Tripper und den scheinbaren Tripper-Exanthemen besteht, insofern die mit dem Tripper in vielen Fällen verbundene Erkrankung der Prostata durch Verlangsamung der Defäkation eine Verdauungsstörung herbeizuführen vermag, welche das Entstehen von Ausschlägen begünstigt.

Zwei operativ behandelte Fälle von Karcinom des Penis in jugendlichem Alter.

Von

Dr. M. Ihle
in Leipzig.

Nach dem Duplicitätsgesetze brachte mir das Jahr 1888 zwei gewifs sehr seltene Fälle von Carcinoma penis bei im besten Alter stehenden Männern.

Beide Patienten wurden, sobald die Diagnose sicher feststand, operativ behandelt und zwar mit sehr verschiedenem Erfolge.

Während der jüngere der beiden Patienten jetzt auf dem Totenbette liegt — vielleicht hat er in diesem Augenblicke schon ausgelitten[1] —, ist der andere wohl auf, ohne dafs er zur Zeit die geringsten Residuen seines schweren Leidens aufzuweisen hat.

Da so die Krankengeschichten, trotz des kurzen Zeitraumes von etwas über 2 Jahre schon ein relativ abgeschlossenes Ganze darbieten, glaube ich nicht länger mit ihrer Publikation zögern zu dürfen.

Der 27jährige M. K., ein etwas zart gebauter, aber gesunder und intelligenter Kaufmann, konsultierte mich am 19. Febr. 1888 wegen eines fingernagelgrofsen Geschwürs an der Glans. Dasselbe bot das charakteristische Bild eines flachen Krebsgeschwürs, des Ulcus rodens dar. Es nahm ein Drittel der Eichel ein. Die rundliche Geschwürsfläche, deren infiltrierter Rand sich scharf vom gesunden absetzte, war mit feinkörnigen, wachsartigen, kleinen Knötchen besetzt, die nur wenig prominierten.

---

[1] Anmerkung. Das Resultat der am 1. Oktober stattgefundenen Nekropsie ergab, dafs die edlen Organe wie Leber, Milz, Lungen, Magen etc. vollkommen intakt waren, dagegen fand sich eine kindskopfgrofse, mit Detritus und Eiter gefüllte Höhle im linken Hypogastrium und Verkäsung der Lymphdrüsen längs der Wirbelsäule.

Patient gibt an, dafs er seinen „Schanker", wie er sich ausdrückte, vor 6 Monaten bemerkt habe. Vor 3/4 Jahren habe er aber das letztemal den Coitus ausgeübt. Er sei sofort in ärztliche Behandlung getreten und sei, trotzdem er nie Allgemeinerscheinungen von Lues dargeboten habe, neben der specifischen lokalen Behandlung mit Empl. ciner. auch einer energischen Schmierkur unterworfen worden, ohne dafs das Geschwür die Tendenz zur Heilung gezeigt hätte.

Ich erklärte dem Patienten unumwunden, dafs ich die Affektion leider nicht für Syphilis halten könnte. Es sei ein Hautkrebs, welcher die Amputation des Gliedes nötig mache. Pat. erklärte sich unter der Bedingung mit der Operation einverstanden, wenn ein Leipziger Konsultationsprofessor meine maligne Diagnose bestätigen würde. Leider teilte derselbe nicht meine Ansicht, sondern erklärte die Affektion für einen „lentescierenden harten Schanker" und empfahl weitere antisyphilitische Behandlung. Wohl oder übel mufste ich mich dem Verlangen des Kranken fügen. Ich behandelte das Geschwür mit Jodoformäther und Hg-Karbolpflastermull und applizierte ihm 20 Sublimatinjektionen nach Lewin, darauf noch 15 Patronen zu je 5 g Ungt. cinereum, ohne dafs das Geschwür im geringsten auf die Medikamente reagiert hätte.

Meinem energischen Zureden gelang es, den Patienten wenigstens zur Vornahme einer Probeexcision zu bewegen. Die histologische Untersuchung ergab das charakteristische Bild eines Epithelialkrebses mit typischen Krebsnestern etc.

Die Diagnose wurde in der Unnaschen Klinik, wohin ich die Schnitte schickte, bestätigt.

Daraufhin entschlofs sich Patient zur Excision des Geschwürs. Eine Amputation der Glans, welche ich als am sichersten Erfolg versprechend, anempfahl, verweigerte der Patient, da er verlobt war.

Die Operation fand am 31. März in meiner Klinik statt. Da die Operationswunde keine Neigung zur Überhäutung zeigte, wurden am 12. April kleine Hautstückchen (nach Thiersch) transplantiert, welche überraschend schnell anwuchsen, so dafs die Wunde schon am 29. April vollkommen vernarbt war.

Auf Wunsch des Dr. Unna, welchem sich Pat. in Hamburg präsentierte, nahm ich am 18. Juli noch einige kaum fühlbare, kleine, verhärtete Drüschen an der linken Leiste heraus. Die Operationswunde heilte primär in feiner, glatter Narbe.

Patient fühlte sich vollkommen hergestellt, auch ich war bester Hoffnung, und da ich die Diagnose Syphilis mit Sicherheit negieren konnte, so gestattete ich dem gewissenhaften Patienten Mitte 1889 zu heiraten.

Anfang dieses Jahres konsultierte mich nun Herr K. wiederum und zwar wegen heftiger, Tag und Nacht gleichmäfsiger Rückenschmerzen.

Er habe geglaubt, es sei Influenza, doch seien Antifebrin und andere Sedativa ohne Einfluſs auf die Schmerzen. Ich untersuchte ihn genauer, und fand, daſs während die Operationsnarbe an der Glans vollkommen glatt und schön geblieben war, sich das Ansehen der Leistendrüsennarbe vollkommen verändert hatte. Anstatt, wie früher, einen glatten, weiſsen Strich zu bilden, war sie keloidartig emporgewuchert, zerklüftet, von bläulich rötlichem Aussehen, wenn auch noch mit Epidermis bekleidet. Es erschien mir wahrscheinlich, daſs die gleichmäſsigen Rückenschmerzen ein Einwuchern der Krebsmassen in der Tiefe und in Mitleidenschaftziehen der groſsen Gefäſs- und Nervenstämme resp. Metastasen in der Kreuzbeingegend anzeigten, vor allem, da eine bedeutende ödematöse Anschwellung des linken Oberschenkels und heftige Schmerzen im Kniegelenk sich bald darauf einstellten. Unter solchen Umständen konnte ich nicht zu einer Radikaloperation raten, da mit Sicherheit angenommen werden muſste, daſs wegen des Obengesagten sich an die Leistendrüsenexstirpation eine Exartikulation des linken Oberschenkels nötig machen würde.

Der Zustand des Kranken ging über jede Voraussicht schnell dem Ende entgegen. Die Schmerzen nahmen von Tag zu Tag zu. Patient konnte das Bett nicht mehr verlassen. Der Allgemeinzustand wurde schlechter und schlechter. Die Lokalaffektion, soweit sie sichtbar war, zeigt jetzt eine Wucherung von Hühnereigröſse mit tiefen, kraterförmigen, stark secernierenden Geschwürsbildungen. Die zum centralen Zerfall neigende Neubildung ist von knochenharten, infiltrierten Geweben begrenzt, an welchen sich eine pralle ödematöse Anschwellung anschlieſst. Patient ist furchtbar herabgekommen. Neben den Schmerzen, die von der Krebswunde ausgehen, bereitet ihm ein groſser Decubitus am linken Oberschenkel entsetzliche Leiden. Nur Morphium in abendlichen, gröſsten Dosen (à 0,12) gibt ihm für wenige Stunden der Nacht Ruhe.

Viel glücklicher verlief der zweite Fall von Peniskarcinom, den ich beobachten konnte. Der 36jährige Baumeister R. T. konsultierte mich am 19. März 1888 mit Ulcus glandis und Phimose, Condylomata und Plaques muqueuses.

Er erzählte, daſs er 1874 infiziert worden sei. Er sei in Bethanien wegen harten Schankers, Bubo und Ausschlägen mit 40 Einspritzungen behandelt worden, worauf die Erscheinungen vollkommen geschwunden seien. 4 Jahre darauf habe er geheiratet und seit dieser Zeit sei er nie extra muros gegangen. Die Ehe blieb kinderlos. Im Winter 1887, also vor ca. 1/4 Jahr, sei zuerst eine Rötung an der Glans aufgetreten, welche bald zu einem Geschwür ausgeartet sei. Im Munde sei er schon vorher öfter wund gewesen.

Seine Frau, mit welcher er bis zum Auftritt des Geschwürs regelmäfsig geschlechtlichen Umgang gehabt habe, war gesund, wie eine Untersuchung mir ergab.

Das ganze Bild der Krankheit, gestützt durch die sichere Anamnese, liefs keinen Zweifel an der Diagnose Syphilis aufkommen; es war ein spätluetisches Recidiv. (Reveil local nach Leloir.) Ich unterzog den Patienten sofort lokal und innerlich einer spezifischen Behandlung. 30 Sublimatinjektionen in der Zeit vom 20. März bis 23. April; auf die Wunde Hg-Karbolpflastermull.

In den ersten Wochen schwanden die Affektionen am After und im Munde vollkommen. Die Wunde am Penis reinigte sich und alles schien den normalen benignen Verlauf einer systematisch durchgeführten antisyphilitischen Kur zu nehmen. Auf einmal trat ein Stillstand im Heilungsprozesse des Geschwürs ein; ja noch unter der Injektionskur verschlimmmerte sich das Aussehen desselben, es wurde schmerzhaft, das Hg-Pflaster wurde nicht mehr vertragen, die schon zur weifslichen Narbenbildung neigenden Ränder des Ulcus infiltrierten sich und man konnte ein, wenn auch sehr langsames, doch deutliches Wachstum der Wundfläche bemerken.

Die Behandlung wurde geändert. Lokal Kalomelstreupulver, mit Mehl und Zinkoxyd verdünnt, wurde besser vertragen, verbesserte aber nicht das Aussehen des Geschwürs. Auch eine Inunktionskur von täglich 5 g Ung. cinereum vom 22. Mai bis 22. Juni, zuletzt vom 15. bis 22. Juni durch Zittmann verstärkt, verlief resultatlos in dieser Beziehung.

Nunmehr entschlofs sich der Kranke zu der schon längst vorher von mir verlangten Probeexcision. Die histologische Untersuchung des herausgenommenen Stückes des Geschwürsgrundes bestätigte die bereits von mir vermutete Diagnose der mit Krebs komplizierten Syphilis. Patient begab sich in die Unnasche Klinik nach Eimsbüttel, wo am 15. Juli die Amputation des halben Penis — 2 cm im Gesunden — vorgenommen wurde.

Am 20. Juli 1888 konnte ich den Patienten, da ich die Nachbehandlung der Operationswunde leitete, geheilt entlassen, und bis jetzt ist, bei sorgsamster Kontrolle, nicht die geringste Krankheitserscheinung weder von der Syphilis noch von dem Krebsleiden aufgetreten.

Während oder unter der spezifischen Behandlung hat offenbar das luetische Geschwür erst den epithelialen Charakter angenommen, wie bereits Lang, Doutrelepont und andere beobachtet haben.

Hat vielleicht die energisch lokale Hg-Behandlung die Umwandlung des Epithels begünstigt?

Bei dem ersten Falle könnte man glauben, dafs das Mifsglücken der Operation seinen Grund darin habe, weil blofs das Geschwür excidiert, keine Amputation vorgenommen wurde. Gegen diese Ansicht spricht je-

doch der Umstand, dafs die Leistendrüsennarbe krebsartig entartete, nicht die Narbe an der Glans. Es würde also kaum etwas genützt haben, wenn ein gröfseres Stück des Penis entfernt worden wäre. Eher könnte man annehmen, dafs es vielleicht nicht angebracht war, die nur in geringem Mafse geschwollenen Leistendrüsen zu entfernen. Vielleicht wäre ohne die Irritation, die diese Operation zur Folge hatte, der Verlauf der Krankheit ein günstigerer gewesen. Oder es ist, wenn wir der Theorie von dem parasitären Charakter des Krebses Glauben schenken, bei der Operation eine Verunreinigung der Wunde mit infektiösen Krebskeimen erfolgt, welche später in der Narbe zur Entwickelung kamen.

Besonders hervorzuheben ist das jugendliche Alter, in welchem sich beide Patienten befanden.

Maculae caeruleae und andere durch Pediculi pubis hervorgebrachte Symptome.

Von

JOSEPH FRANK PAYNE M. D., F. R. C. P.

Oberarzt am St. Thomas Hospital, Sekundärarzt am Hospital für Hautkrankheiten, Blackfriars.

Den folgenden Fall teile ich mit als ein Beispiel der eigentümlichen Symptome, welche durch das Vorhandensein von Pediculis gelegentlich hervorgebracht werden. Irgend eine allgemeine Darlegung der hierbei in Betracht kommenden Thatsachen zu geben, wird aber überflüssig sein, da diese Frage kürzlich von Dr. ALLAN JAMIESON im Augusthefte des *British Journal of Dermatology* voriges Jahr eingehend besprochen wurde: —

JOHN B., 16 Jahre alt, wurde am 24. Mai 1890 im St. Thomas Hospital auf meiner Abteilung aufgenommen. Der Patient, ein leidlich gut genährter, brünetter Junge, klagte über heftiges, namentlich an der Stirn lokalisiertes Kopfweh. Die Temperatur war deutlich fieberhaft und betrug bei der abends vorgenommenen Messung 38,9 in der Achselhöhle. Puls 80. Zunge dick belegt. Psychischer Zustand gut, kein Delirium. Urin von normaler Beschaffenheit. Keine Diarrhoe; etwas Übelkeit. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane liefs nichts Abnormes erkennen. Mein Assistent, Herr DICKSON, bemerkte einige blafs-bläuliche Flecke auf dem Abdomen, aber es fand sich kein weiterer Ausschlag.

Die Anamnese ergab, dafs der Patient am 22. des Monats mit Schwindel und Kopfweh plötzlich erkrankte und sogleich bettlägerig wurde; am nächsten Tage trat Erbrechen ein, und die Übelkeit und das Kopfweh blieben bis zur Aufnahme bestehen.

Ich sah den Patienten zuerst am 25., wobei ich sogleich die Flecke als die jetzt allgemein der Einwirkung der Pediculi pubis zugeschriebenen diagnostizierte. Dieselben zeigten eine blasse, matt bläulich bleierne Farbe, prominierten nicht, sondern waren offenbar unterhalb der Epidermis gelegen; ihre Gestalt war rundlich oder unregelmäfsig, ihr Durchmesser betrug 1/4 bis 1/2 Zoll oder eher etwas mehr. Sie waren über den Rumpf und die Extremitäten ziemlich dicht verteilt mit Ausnahme der Vorderarme und Hände, der Füfse, Enkel und des Kopfes. Pediculi pubis und Nisse fanden sich an der gewohnten Stelle in grofser Anzahl vor, desgleichen in der Achselhöhle; einige wenige waren über das Abdomen verstreut. Dabei ist zu bemerken, dafs der Junge schon ein Bad bekommen hatte, und dafs infolgedessen die Anzahl der Parasiten wohl geringer schien als sie ursprünglich war. Es fanden sich wenige oder gar keine Anzeichen von Kratzen, und der Patient erklärte, er fühle gar keinen Juckreiz. Er leugnete jeglichen geschlechtlichen Verkehr, und es liefs sich durchaus nicht feststellen, auf welche Weise er das Ungeziefer acquiriert hatte; er schien sogar sich des Vorhandenseins desselben garnicht bewufst zu sein.

Die Temperatur war jetzt noch immer erhöht und betrug abends im Maximum 38,5 ° C. Am nächsten Tage erreichte das Fieber dieselbe Höhe, am 27. betrug das Maximum 37,8 °. Nachher blieb die Temperatur normal, und der Patient zeigte weiter gar keine krankhaften Symptome.

Karbolbäder, sowie ein Waschwasser mit Sublimat (1 : 250) beseitigten bald die Pediculi, und der Patient wurde am sechsten Tage nach der Aufnahme geheilt entlassen. Die Flecke waren zwar erheblich abgeblafst, aber zur Zeit noch erkennbar und hatten ihre Farbe nicht verändert, ein Beweis, dafs es sich hier um etwas ganz anderes als gewöhnliche Ecchymosen handelte.

Man kann garnicht im Zweifel darüber sein, dafs wir es hier mit dem Vorkommen der wohlbekannten Maculae caeruleae oder tâches bleuâtres zu thun hatten, den Gebilden, welche früher für charakteristisch für typhöses Fieber galten, und dies in solchem Grade sogar, dafs sie nach Liebermeister zu einer gewissen Zeit sogar den Namen Pelioma typhosum erhielten. Murchison bildete sie in seiner *Treatise on the Continued Fevers of Great Britain* (2. Ausg. 1873, Tafel V) ab, doch erklärte er sie nicht für pathognomonisch für irgend eine bestimmte Art von fieberhafter Erkrankung, wenn er auch meint, sie kämen häufiger beim Typhus als bei anderen Krankheiten vor. Zweifelsohne war, wie Dr. Jamieson annimmt, dieser Irrtum dadurch bedingt, dafs die Haut der unreinlichen Patienten bei der Untersuchung auf die specifischen Ausschläge der Infektionskrankheiten einer besonders sorgfältigen Inspektion unterzogen wird.

Zwei von den in Dr. Jamiesons Abhandlung besprochenen Punkten scheinen mir noch speziell erwähnenswert zu sein: 1. Das Fehlen des Juckreizes; 2. das Vorhandensein von Fieber.

1. Das Fehlen des Juckreizes. Bei unserem Patienten wurde

trotz der Anwesenheit einer grofsen Anzahl von Phthirii pubis als besonders auffallend das Fehlen von allen Kratzeffekten und aller Klage über Juckreiz festgestellt. Dr. JAMIESON hält dies für charakteristisch für die mit einer Blaufärbung einhergehenden Fälle, und es ist sehr wahrscheinlich, dafs er Recht hat. Immerhin mufs aber zugegeben werden, dafs der Grad namentlich des durch diese Parasiten bedingten Juckreizes ein sehr variabler ist; und im allgemeinen zeigt dieses Symptom, das ja eine nur subjektive Erscheinung darstellt, mit Bezug auf die Intensität sehr erhebliche Verschiedenheiten je bei den verschiedenen Patienten. Wenn man aber zugeben will, dafs dieses Fehlen des Juckreizes auf der Ablagerung eines gewissen Pigmentkörpers durch den Pediculus in der Haut beruhe, so mufs dasselbe durch die Aufnahme irgend eines die Sensibilität des Nervensystems abstumpfenden Agens bewirkt werden, mögen hierbei mehr die Hautnerven oder mehr die Nervencentren affiziert werden. Bei meinem Patienten konnte ich keinen Defekt in der gewöhnlichen Sensibilität der Haut entdecken; aus den weiter unten anzuführenden Gründen aber scheint es mir wahrscheinlicher, dafs der Effekt, wenn überhaupt einer dabei zu konstatieren war, sich an den centralen Teilen des Nervensystems äufserte.

2. Das Vorhandensein von Fieber. Wie Dr. JAMIESON hervorgehoben hat, scheint in einigen Fällen direkt durch die Einwirkung der Pediculi auf die Haut eine Temperatursteigerung herbeigeführt zu werden. Beim vorliegenden Falle war auch durchaus keine andere Ursache des Fiebers aufzufinden gewesen. Unbedingt handelte es sich hier nicht um einen, wie bei der Aufnahme vermutet wurde, abortiven Anfall von Typhus (von dem in der That zur Zeit in London sehr wenig zu merken war). Natürlich könnte man niemals mit Bestimmtheit sagen, dafs dabei eine Komplikation mit „Febricula" nicht gerade mit im Spiele war, aber schliefslich mufs selbst auch Febricula irgend eine definitive Ursache haben, und im vorliegenden Falle erscheint es begründet, dieselbe auf die durch diese Insekten gesetzten Hautverletzungen zurückzuführen. Aber wenn dem so ist, so konnte diese Ursache nicht in der von Dr. JAMIESON angenommenen Weise gewirkt haben, nämlich durch die Reizung der Hautnerven, denn in diesem Falle hatte ja gar keine Reizung derselben stattgefunden. Überdies scheint es mir, mufs ich gestehen, eine schwierige Sache, sich vorzustellen, dafs die als Jucken empfundene Reizung der Haut für sich allein zur Entstehung von Fieber führen könne. Bei den ganz besonders durch intensiven Juckreiz charakterisierten Erkrankungen, Prurigo, Scabies etc. ist, so viel ich weifs, niemals eine Temperatursteigerung als ein begleitendes Symptom verzeichnet worden. Sogar beim Ekzem, wobei sowohl Juckreiz als auch eine thatsächliche Entzündung des Gewebes eintritt, findet sich entweder

gar kein Fieber oder jedenfalls weniger, als man bei einer gleich hochgradigen Entzündung an den Geweben innerer Teile erwarten würde. Ich habe selber bei akutem Ekzem Temperatursteigerungen bis zu 38,5 ° C. beobachtet, aber ich habe auch bei vielen derartigen Fällen ein völlig normales Verhalten der Temperatur konstatiert. Andererseits kann eine interne Reizung an sich Fieber bedingen, wie man an der zuweilen nach Einführung eines Katheters entstehenden, plötzlichen Temperatursteigerung erkennen kann, denn dieser Anstieg der Temperatur findet zu rapide statt, um durch die Resorption septischer oder pyrogenetischer Stoffe herbeigeführt worden zu sein; einen weiteren Beweis liefert das „traumatische Fieber", welches gelegentlich unmittelbar auf eine Operation folgt, und welches ebenfalls von der septischen Intoxikation verschieden ist. [1] Die Begründung dieses Unterschiedes kann hier nicht weiter besprochen werden, aber im ganzen scheint es, dafs kein unanfechtbares Beispiel einer Entstehung von Fieber durch Reizung der Oberflächennerven konstatiert worden ist.

Wenn aber die Hypothese der Nervenreizung bei dem vorliegenden Falle jedenfalls und bei anderen Fällen wahrscheinlicherweise nicht hinreichend ist um die Entstehung des Fiebers zu erklären, so ist eine andere und plausiblere Erklärung durch die Annahme, dafs dasselbe auf einer Art von Vergiftung beruhe, gegeben, nämlich, dafs es sich hier um die Resorption einer gewissen pyrogenetischen Substanz durch das Blut handle. Zweifelsohne können die durch manche Insekten herbeigeführten Hautverletzungen einen fieberhaften Zustand hervorbringen. Dafs dieses Resultat nach den Stichen der Muskitos eintreten kann, weifs ich aus Erfahrungen an mir selber, und Dr. JAMIESON führt Beispiele an, wo Flohstiche dieselbe Wirkung hatten. Aber bei allen diesen Fällen war, wie es scheint, irgend eine gewisse giftige Substanz in die Haut (wie an der lokalen Entzündung erkennbar) und wahrscheinlich auch in das Blut eingebracht worden.

Bei dem vorliegenden Falle boten nicht nur das Fieber, sondern auch die anderen cerebralen Erscheinungen, der Schwindel, das Kopfweh und die Übelkeit grofse Ähnlichkeit mit einer Art Vergiftung dar. Und möglicherweise könnte man eine gewisse Unempfindlichkeit, die dabei zu beobachten war, auch derselben Ursache zuschreiben, denn wir sehen jedenfalls in dem für schweren Typhus und andere Krankheiten charakteristischen Status typhosus eine gewisse Apathie allen Sinneseindrücken gegenüber obwalten, selbst wenn Aufregungszustände und Delirium Platz gegriffen haben. Unserer heutigen Auffassung nach würden wir bei den specifischen

---

[1] Es sei mir gestattet, auf mein „*Manual of General Pathology*". 1888. pag. 154 zu verweisen.

Infektionsfiebern alle diese Symptome auf die im Blute kreisenden und das Gehirn affizierenden Ptomaine oder ähnliche chemische Produkte beziehen. Ähnliche chemische Substanzen könnten aber ebenso gut durch die von Insekten herrührenden Verletzungen in den Organismus eingeführt werden.

Ohne nun behaupten zu wollen, dafs die Beweise für diesen kausalen Zusammenhang bei dem vorliegenden Fall vollständig geliefert seien, so wird hiermit die These aufgestellt, dafs die durch Pediculi erzeugten, verschiedenartigen Erscheinungen sich am besten erklären lassen nicht als das Resultat einer Reizung, sondern als Effekt einer Art von Vergiftung.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI in Nieheim.)

Über einen ungewöhnlichen Fall von Atrophie der Haut.

Von

A. H. OHMANN-DUMESNIL
in St. Louis.

Der mehr oder weniger mittelbare Einfluſs des Nervensystems auf die Haut, sowie dessen direkte Einwirkung bei den in der Haut sich vollziehenden Vorgängen verleihen diesem Teile der Dermatologie ein ganz besonderes Interesse. Die in unmittelbarer Beziehung auf diesen Gegenstand ausgeführten anatomischen Untersuchungen ergeben im allgemeinen eine Bestätigung des weit reichenden Einflusses des Nervensystems; und obgleich man total von einander abweichende Resultate hierbei gelegentlich eintreten sieht, so kann über das Vorhandensein dieser Entstehungsursache wenigstens bei einer groſsen Anzahl von Fällen kein Zweifel obwalten. Nicht nur durch anatomische und pathologische Untersuchungen ist man zu diesem Resultate gelangt, sondern auch durch Experimente sind bestätigende Beweise geliefert worden, indem derartige Zustände künstlich hervorgerufen wurden, worauf die erwarteten Resultate erfolgten oder vielmehr die vorausgesagten Erscheinungen, so dafs damit ein Beweis für die Wahrheit der ursprünglichen Behauptung gegeben war. Es gibt eine groſse Klasse von Hautkrankheiten, bei denen wir

eine ganze Anzahl Repräsentanten dieser auf irgend einer organischen oder funktionellen Veränderung in den Nerven beruhenden Formen finden. Die Gruppe, bei welcher wir so zahlreiche Äufserungen der thatkräftigen Einwirkung von Nerveneinflüssen beobachten, ist diejenige, welche verschiedene Formen atrophischer Erkrankung umfafst, sei es, dafs dabei die gesamte Haut beteiligt ist oder blofs gewisse, den anatomischen Einheiten entsprechende Teile derselben. Während es einerseits wahr ist, dafs diese neurotischen Veränderungen und Störungen nicht immer die primäre oder auch die mittelbare Ursache der Hautaffektionen abgeben, so wird die Untersuchung doch nachweisen, dafs dieselben bei der Entstehung gewisser atrophischer Prozesse ganz direkt interessiert sind. Bei dem jetzt von mir kurz zu beschreibenden Falle kann kein Zweifel darüber obwalten, dafs der Prozefs auf neurotischer Basis beruhte, ebensowenig wie man an dem Vorhandensein des atrophischen Zustandes zweifeln konnte. An und für sich gewährt dieser Umstand dem Falle ein bedeutendes Interesse, ebenso wie die wahrscheinliche, mittelbare Ursache, welche mit fast positiver Sicherheit festgestellt wurde.

Der Fall ist kurz folgender:

Krankengeschichte: — Grace B. —, bei der Vorstellung in der Poliklinik 7½ Jahre alt. Von der Mutter erfuhr man, dafs die kleine Patientin 5 Jahre zuvor eine intensive Verbrennung der vorderen Fläche des rechten Handgelenks mehr nach der Radialseite zu und ein wenig oberhalb des proximalen Endes des Metacarpusknochens des Daumens erlitt. Die gesetzte Verbrennung wurde als etwas mehr als markstückgrofs angegeben, jedoch war diese Angabe wahrscheinlich übertrieben. Als Folge dieser Verletzung trat eine geringe Anästhesie des Vorderarmes auf. Die Mutter erklärte des weiteren, dafs, soviel sie erkennen konnte, beide Arme zur Zeit des Unfalls von gleicher Gröfse waren.

Als die Kranke von mir im März 1889 untersucht wurde, konstatierte ich eine mäfsig hochgradige Hyperästhesie sowohl am Vorderarm wie am Oberarm, was an dem vom Nervus brachialis und radialis versorgten Gebiete deutlicher ausgesprochen war. Das heifst, es fand sich eine Hyperästhesie auf der Innen- und Vorderfläche des Oberarms und auf der Vorder- und Aufsenfläche des Vorderarmes. An der Seite, wo die Verbrennung stattgefunden hatte, bestand noch eine unregelmäfsige, ovale Narbe von der Gröfse etwa eines Fünfzigpfennigstücks.

Das Kind erschien leidlich gut genährt, obgleich es offenbar anämisch war. Sie war etwas klein für ihr Alter. Die Zähne waren gut und die Haut normal, der Haarwuchs von ungefähr Durchschnittsstärke. Andeutungen einer syphilitischen Infektion waren nicht zu finden, noch auch irgendwelche skrophulöse Erscheinungen.

Der rechte Arm zeigte geradlinige Atrophikationsgebiete von ca. ⅜ Zoll Breite und von einer zwischen ¾ und 2 Zoll wechselnden Länge, welche, auf der Vorderfläche des Ober- und Unterarms gelegen, offenbar dem Verlauf der Nn. brachialis und radialis folgten oder genau über denselben gelegen waren. Diese atrophischen Gebiete waren 5 an der Zahl; die gröfseren unter ihnen waren auf dem Vorderarm lokalisiert. Sie waren deutlich unterhalb der übrigen Oberfläche eingezogen, doch war dieses besser mit dem Auge als mit dem Finger wahrzunehmen. Ihre Farbe war blasser als diejenige der normalen Haut, aber bei der Einwirkung von Wärme

änderte sich dieses Verhalten, und die atrophischen Stellen nahmen eine intensivere Färbung als das normale Integument an. Feine Blutgefäfse waren auch an diesen Teilen nachzuweisen. Wenn man die atrophische Haut aufhob, so fiel deren Dünnheit im Vergleich zu der normalen sogleich auf.

Auch in anderer Beziehung zeigte der rechte Arm ein abnormes Verhalten. Es bestand nämlich ein gewisser Grad von Atrophie der Muskeln, nicht blofs des Ober- und Unterarms, sondern auch des Daumens, indem nur die Finger intakt geblieben waren. Diese Atrophie war hinreichend markiert, um schon beim Betrachten erkennbar zu sein. Um aber genau den Grad der vorhandenen Atrophie zu bestimmen, wurden zwecks einer Vergleichung folgende Mafse aufgenommen:

	Rechts	Links	Differenz
Umfang des Handgelenks	$3^3/_4$ Zoll	$4^1/_4$ Zoll	$^1/_2$ Zoll
„ der Mitte des Vorderarms .	$4^1/_2$ „	$5^1/_4$ „	$^3/_4$ „
„ des Ellbogens	5 „	6 „	1 „
„ „ Biceps	$4^1/_2$ „	$5^1/_2$ „	1 „
„ „ Daumens	$1^3/_8$ „	2 „	$^5/_8$ „

Wenn wir den Verlustbetrag mit den Messungen am normalen Arm vergleichen, so erkennt man sofort, dafs die Atrophie eine hochgradige war. Diese auffällige Differenz war auch der Grund, weshalb ärztlicher Rat nachgesucht wurde. Dynamometrische Messungen wurden allerdings nicht ausgeführt; aber gröbere Versuche liefsen unschwer einen nachweisbaren Verlust an Muskelkraft erkennen.

Bei dem Versuche, die Ätiologie dieses Falles zu besprechen, müssen wir hauptsächlich einen Punkt im Auge behalten, nämlich den, dafs es zwei Formen der Linearatrophie gibt, von denen die eine auf Nerveneinflüssen direkter oder indirekter Art, die andere auf mechanischen Einwirkungen beruht. Wir sehen eine Resorption gewisser Elemente durch lange anhaltenden Druck eintreten, und wir beobachten auch eine anscheinende Atrophie infolge von Hautdehnung z. B. bei manchen sehr wohlbeleibten Personen und bei graviden Frauen. Bei dieser letzten Klasse handelt es sich ebenso sehr um eine Dislokation wie um einen atrophierenden Vorgang; aber in dem oben mitgeteilten Falle kann jedwelche Ursache mit Ausnahme eines direkten Nerveneinflusses mit Leichtigkeit ausgeschlossen werden.

Eine gewisse Ähnlichkeit mit der in Rede stehenden Affektion hat der als „Glossy skin" bekannte Zustand, der unzweifelhaft neurotischen Ursprungs ist, und an den Extremitäten mit einem brennenden Schmerz verbunden vorkommt. Duhring [1] sagt, dafs „ähnliche Störungen auch bei der progressiven Muskelatrophie als Folge der Ernährungsstörung an den betroffenen Teilen vorkommen." Mitchell [2] hat nachgewiesen, dafs Nervenverletzungen einen Schwund der Muskeln, Atrophie der Haut und

[1] A. Duhring, *Treatise on Diseases of the Skin.* 1881.
[2] Weir Mitchell, *Injuries of the Nerves and their Consequences.* 1872.

Auflösung des subkutanen Bindegewebes herbeiführen können. „Glossy skin“ folgt nach Robinson [3] aufser den anderen von den Autoren allgemein angegebenen Ursachen auch nach Verwundungen.

McCall Anderson [4] erwähnt einen Fall von Atrophie der Haut, bei welchem der von dem N. supraorbitalis versorgte Teil betroffen war. Er sagt auch, dafs halbseitige Gesichtsatrophie nach der Ansicht mancher Autoren durch anhaltende Reizung des Halssympathicus herbeigeführt werde. Brunner [5] erwähnt einen Fall von Atrophie der linken Hälfte des Gesichts bei einer epileptischen Frau. Die Atrophie hatte nicht blofs die Haut, sondern auch die Muskeln ergriffen.

Ich habe diese wenigen Beispiele angeführt, um die Richtung des allgemeinen Urteils in bezug auf die der meinigen ähnlichen Formen von Atrophie zu kennzeichnen. Eine Frage, welche sich alsbald in betreff meines Falles sich einem aufdrängt, ist diejenige: War die Hautatrophie die Folge der Muskelatrophie oder vice versa? Oder traten beide Prozesse gleichzeitig ein? Diese Frage läfst sich natürlich nicht mit Bestimmtheit beantworten, da die von der Anfangsperiode, der Zeit der Verbrennung, bis zur Beobachtungszeit verstrichene Zwischenzeit eine zu lange war. Überdies besafs die erste Beobachterin nicht genügende Übung und war nicht imstande, irgend welche wirklich Ausschlag gebende Wahrnehmungen anzustellen. Immerhin ist die eine von der Mutter festgestellte Thatsache als richtig anzunehmen, nämlich diejenige, dafs die Atrophie der Haut sowohl wie der Muskeln einen progredienten Charakter zeigte, indem an ersterer der Umfang, an letzteren die Intensität allmählich zunahmen, oder, deutlicher ausgedrückt, die atrophischen Gebiete der Haut nahmen an Ausdehnung zu, und der Arm schrumpfte immer mehr zusammen.

Crocker [6] hat eingehende Studien betreffs der verschiedenen Formen der Hautatrophie gemacht und teilt dieselben folgendermafsen ein:

$$\text{Atrophoderma} \begin{cases} \text{Neuroticum} \\ \text{„Glossy skin“} \end{cases} \begin{cases} \text{traumaticum} \\ \text{non-traumaticum} \end{cases}$$

Diese Einteilung umfafst also „glossy skin“ als einen Typus, doch werden natürlich Abarten notwendigerweise vorkommen, sogar vielleicht in ebenso hochgradiger Verschiedenheit wie zwischen Morphoea und Skleroderma, welche von vielen Forschern für verschiedene Phasen derselben Krankheit gehalten werden, herrscht.

---

[3] A. R. Robinson, *A Manual of Dermatology*. 1884.
[4] McCall Anderson, *Treatise on Diseases of the Skin*. 1887.
[5] Bei A. Eulenburg und P. Guttmann, *Physiologie und Pathologie des sympathischen Nervensystems*. 1879.
[6] H. Radcliffe Crocker, *Diseases of the Skin*. 1888.

Wenn schon eine Neigung heutzutage vorwaltet, Traumen als ätiologische Momente bei der Entstehung pathologischer Vorgänge von der Hand zu weisen, so können wir doch in vielen Fällen nicht umhin, diesen Faktor gelten zu lassen, schon aus dem Grunde, dafs eine plausiblere Ursache einstweilen nicht aufzufinden ist. Bei dem vorliegenden Falle scheint es mir begründet, anzunehmen, dafs die Atrophie der Haut und der Muskeln gleichzeitig sich entwickelte. Und nicht nur dieses, sondern es ist ferner anzunehmen, dafs die mittelbare Veranlassung durch die Verbrennung gegeben war, indem dieselbe den Nervus radialis und vermittels desselben den Brachialis in einer solchen Weise affizierte, dafs eine funktionelle Störung, wenn nicht vielleicht eine wirkliche, organische Veränderung mehr oder weniger hochgradigen Charakters die Folge davon war. Andererseits würde es eine sehr schwierige Aufgabe sein, eine Entscheidung darüber zu geben, ob die sympathischen Nerven nicht mehr oder minder dabei beteiligt waren, namentlich wenn man die Anamnese des Falles, sowie die engen anatomischen Konnexe, welche diese Glieder des Nervensystems mit anderen verbinden, in Betracht zieht.

Dafs hierbei eine universelle Neurose die lokalen Veränderungen nicht veranlafst hatte, steht aufser aller Frage, denn eine solche existierte garnicht und hätte auch, falls sie vorhanden gewesen wäre, gänzlich andersartige Erscheinungen hervorgerufen. Es ist zu bedauern, dafs eingehendere Untersuchungen in bezug auf die Dermatosen von neurotischem Ursprung noch nicht angestellt worden sind. Der Neuropathologe würdigt die Haut nur eines Streifblickes, und der Dermatologe schenkt dem Nervensystem nur wenig Beachtung, infolge dessen wir bei Berichten über die Fälle von Hautatrophie in der einen der beiden Hinsichten ausnahmslos einer bedauernswerten Dürftigkeit begegnen, sowohl betreffs der klinischen Schilderung als auch der pathologischen Untersuchung.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Nieheim.)

Versammlungen.

Verhandlungen der American Dermatological Association bei der 14. Jahresversammlung im September 1890.

(Nach dem *New-York Med. Journ.*, 20. Sept. 1890, und den *Medical News*, 27. Sept.)

Nachdem der Vorsitzende, Prince A. Morrow seinen einleitenden Vortrag über das Studium der Dermatologie in den Vereinigten Staaten gehalten hatte, sprach A. L. R. W. Taylor-New-York über **Klinische und pathologische Beobachtungen bei Prurigo.** Als Dr. Campbell bei der ersten Sitzung der Gesellschaft einen Vortrag über diesen Gegenstand hielt, fand es sich, dafs die Erfahrungen aller Anwesenden zusammengenommen sich auf nur sechs Fälle erstreckte. Im vorigen Jahre

berichtete Verf. über zwölf von ihm beobachtete Fälle, und es hatte sich bei der Diskussion ergeben, dafs alles in allem den Mitgliedern nur achtzehn Fälle bekannt waren. T. glaubt aber, dafs die Affektion auch in Amerika weit häufiger sei, als es hiernach scheine, und dafs in vielen Fällen irrige Diagnosen auf Ekzem, Scabies, Ekthyma, Impetigo etc. gestellt werden. Vortragender stellte darauf einen typischen Fall an einem 9jährigen Mädchen vor und gab eine eingehende Besprechung der klinischen und anatomischen Verhältnisse.

W. T. Corlett: **Klinische Untersuchungen über Pruritus hiemalis, „Winter-itsch" oder „Frost-itsch".**

Die Affektion ist zuerst von Duhring (New-York) und ungefähr um dieselbe Zeit von Jonathan Hutchinson als ein Leiden sui generis beschrieben worden, hat aber seitdem nur wenig Beachtung gefunden. Man beobachtet dieselbe aufser in bestimmten Gegenden nur selten, in den Südstaaten nur beim Eintreten besonders intensiver Kälte. An der Südseite des Erie-Sees dagegen sei das Leiden scharf markiert und nicht gerade selten. Redner beschrieb drei Fälle, welche verschiedene bei der Krankheit vorkommende, interessante Momente illustrierten. Bei dem einen Patienten kehrte dieselbe 22 Jahre hindurch in jedem Winter wieder; bei einem zweiten Falle bot der Ausschlag zuweilen das Aussehen von Urticaria-Flecken von zwei bis drei Zoll Durchmesser dar; dieselben waren auf die Extremitäten beschränkt und verschwanden nach Verlauf von ungefähr zehn Minuten unter Hinterlassung eines einige Zeit bestehen bleibenden dunklen, gelblichen Fleckes. Der dritte Fall betraf einen Neger, woraus zu schliefsen ist, dafs die Affektion keine Rasseneigentümlichkeit darstellt. Wie es scheint, hat der allgemeine Gesundheitszustand des Betreffenden keinen erkennbaren Einfluſs auf die Entstehung des Pruritus, und lokale Reizung durch die Kleidung kann zwar das Übel verschlimmern, aber nicht direkt entstehen machen, vielmehr scheinen die meteorologischen Verhältnisse den Hauptfaktor dabei abzugeben. Als solche sind zu nennen eine niedrige Temperatur, geringer Feuchtigkeitsgrad und ein nordwestlicher Wind, indem unter diesen Umständen die Haut trocken und rauh werde, und somit eine zur Entstehung der Affektion führende Reizung der peripheren Nerven bedingt sei. Komplikationen mit anderen Störungen des Nervensystems sind nicht selten. Die Therapie ist gröfstenteils palliativ, interne Behandlung ist meist wenig erfolgreich; Ichthyol und Resorcin, lokaliter appliziert, gaben die besten Resultate. Übersiedelung nach einem warmen und feuchten Klima scheint das sicherste Mittel zu sein.

E. B. Bronson-New-York: **Pruritus.**

Aus verschiedenen Gründen deduziert Verf. mit Bezug auf Pruritus 1., dafs es neben der gewöhnlichen Kontaktsensibilität eine zweite Berührungsempfindung gebe, welche bei der Entstehung des Juckreizes im Spiele sei; 2. sind hierbei zunächst die einfachen Hautnerven und deren Endigungen, die oberflächlich und wahrscheinlich in der Epidermis gelegen sind, betroffen. 3. Pruritus stellt eine Dysästhesie dar und beruht auf gesteigerter, resp. gestörter Nervenreizung mit mangelhafter Übertragung der erzeugten Nervenkraft in die entsprechende Nerventhätigkeit. 4. Das Kratzen lindert den Juckreiz dadurch, dafs es den Reiz in freiere Empfindungsbahnen überleitet und manchmal bei höheren Graden des Juckens dasselbe durch schmerzhafte oder auch wollüstige Empfindungen ersetzt. 5. Die wollüstigen Empfindungen, mit welchen Pruritus verbunden sein kann, sind eine Äufserung des verallgemeinerten Wollustsinnes und repräsentieren eine im Berührungssinn begründete Phase des Empfindens im allgemeinen.

L. A. Duhring-Philadelphia: **Die Behandlung der Dermatitis herpetiformis.**

Man darf bei diesem Leiden eine rasche Heilung nicht erwarten. Entsprechend dem meist multiformen Charakter der Affektion müssen die angewandten Mittel sowohl der Art, als der Konzentration nach verschieden sein. Verf. hat gefunden, dafs bei den erythematösen Formen mildere Mittel als bei den vesikulösen und bullösen angezeigt seien. Umstimmende Mittel, wie Theer, Karbolsäure, Schwefel, Thymol, Ichthyol, Resorcin etc. hätten ihm die besten Dienste geleistet. Namentlich habe sich ihm ein längeres und gründliches Einreiben mit einer Schwefelsalbe in der Stärke von 8 : 30 als nützlich erwiesen. Das Wie der Applikation sei wichtiger noch als das Was. Von internen Mitteln sei nicht viel zu erwarten.

F. J. Shepherd-Montreal: **Atrophia maculosa et striata im Gefolge von Ileotyphus.**

Ein 15jähriger Knabe, Epileptiker, entwickelte im Laufe eines schweren, mit Delirien einhergehenden Typhus fleckige Striche über den Patellen und auf der vorderen Fläche des Oberschenkels ungefähr in der Mitte desselben. Die Flecke waren von rötlicher Farbe und wurden erst später blasser; sie waren nicht deutlich glänzend, zum Teil einige Zoll lang, gefurcht. Das Merkwürdige dabei ist, dafs solche atrophische Stellen sich während eines akuten Fiebers entwickelten. Verf. erklärt ihr Entstehen durch Nerveneinflüsse; durch ein Strecken der Haut wie bei ödematösen Individuen könnten sie nicht wohl zu erklären sein.

R. W. Taylor: **Ein Fall von zweimaliger Infektion mit Syphilis und ein Fall von syphilitischer Infektion bei einer hereditär Syphilitischen.**

Eine 38jährige Frau hatte 11 Jahre vor der jetzigen Infektion deutliche Anzeichen von Syphilis dargeboten, Schwellung der äufseren Genitalien und der Drüsen, einen über den ganzen Körper ausgestreuten Ausschlag, nächtlichen Kopfschmerz; im Jahre darauf litt sie an rheumatoiden Schmerzen und Plaques muqueuses, und im dritten Jahre entwickelten sich serpiginöse Syphilide. Sie gebar zwei Kinder, welche bald starben. Bei der späteren Infektion fanden sich typische miliare Syphilide, Plaques muqueuses, Alopecie und nächtliche Schmerzen.

Bei dem andern Fall hatte die Mutter 3 Monate vor der Geburt des Kindes Syphilis acquiriert, und dasselbe hatte früh einen Ausschlag, Kondylome etc. dargeboten. Mit 19 Jahren wurde sie vom Verf. wegen eines syphilitischen Geschwürs hereditären Ursprungs am Gesicht behandelt und kam 5 Jahre später mit einer vom rechten Labium ausgehenden Infektion wieder in Behandlung, diesmal mit einer makulösen Roseola und schuppigen Syphiliden. Die Behandlung war völlig erfolgreich.

G. T. Jackson-New-York: **Die Behandlung von Lupus vulgaris mittelst Elektrolyse.**

Verf. empfiehlt die Methode wegen ihrer Schmerzlosigkeit, Blutlosigkeit, Vermeidung jeder Geschäftsunterbrechung, ihrer Gründlichkeit, sowie der in kosmetischer und anderer Hinsicht höchst erfreulichen Resultate.

G. C. White-Boston: **Über Einwanderer-Dermatosen.**

Die Hautkrankheiten, welche besonders an Einwanderern beobachtet werden, kann man zur bequemeren Besprechung in drei Gruppen einteilen, solche, welche als Folge des Aufenthalts auf dem Schiffe entstehen, zweitens die als Folge des ungewohnten Lebens im fremden Lande entstehenden und drittens die in Amerika fremden, importierten Affektionen. Es ist einleuchtend, dafs die Verhältnisse auf Auswandererschiffen in mancher Beziehung Anlafs zur Entstehung von Hautkrankheiten geben können. Impfwunden zeigen oft auffallend ausgedehnte Ulcerationsgebiete, und

Urticaria und Ekzem ist unter den neu Gelandeten garnicht ganz selten. Unter den durch den Aufenthalt im fremden Lande bedingten Einflüssen mögen die Moskitos eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Als importierte Affektionen, die unter den ansässigen Amerikanern wenig oder garnicht vorkommen, nennt Verf. Scabies, Melanosis lenticularis progressiva, Prurigo, ferner Lepra und auch tuberkulöse Hautleiden, sowie Favus, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor. — Es wurde beschlossen, die Regierung auf diese Verhältnisse aufmerksam zu machen, damit einer weiteren Ausbreitung genannter Hautleiden entgegengearbeitet werde.

H. W. Stelwagon-Philadelphia: **Ein Fall von Plica.**

Eine irische Frau zeigte folgende ungewöhnliche Haarbildung: von der Mitte der Regio occipitalis entsprang ein daumendicker, stark verfilzter, nicht klebriger Haarstrang, der bis auf die Fersen reichte und pinselförmig auslief; das stärkere Wachsen hatte vier Jahre zuvor ohne irgend welche bekannte Ursache begonnen. Das übrige Haar war nicht verfilzt und zeigte nichts Abnormes. Die Frau hielt sich völlig reinlich.

C. W. Allen-New-York: **Behandlung von Erysipelas.**

Verf. teilt seine Erfahrungen mit bei Behandlung des Erysipels mit Borsäure, Jodtinktur, Resorcin, Natron bicarbonicum, Ichthyol, Kollodium, Aristol, Skarifikationen und Umwickelung mit Heftpflasterstreifen. Am meisten hält er von den beiden letztgenannten Mitteln.

H. G. Klotz-New-York: **Pilokarpin in der Dermatologie.**

Bei Fällen von Ekzem, Pruritus und anderen mit Trockenheit und Juckreiz einhergehenden Leiden hat das Mittel sich dem Verf. als nützlich erwiesen. Es wurde per os oder subkutan gegeben. Ein halbes Centigramm genügte stets, um die Haut feucht zu erhalten.

Besprechungen.

Prostitution und Abolitionismus. 20 Briefe von B. Tarnowsky. XI. u. 218 S. 8°. Hamburg 1890, Leopold Voss. *M.* 5. Wie alles Unlogische und Verkehrte in der Welt von Frauen ausgeht und unterhalten wird, so verdanken wir auch die Bewegung gegen die Prostitution (Abolitionismus) dem Eingreifen einer Dame. Im Jahre 1875 gründete eine Engländerin, eine Mrs. Butler eine Fédération britanique, continentale et générale zur Aufhebung der staatlich geduldeten und überwachten Prostitution. In Deutschland hat diese Bewegung kein Glück gehabt. Bekanntlich wurde 1886 eine Frau Guillaume Schak, die im Grofsherzogtum Hessen in öffentlichen Vorträgen für die Freiheit der Freudenmädchen zu wirken versuchte, kurzer Hand des Landes verwiesen. Um so stolzer scheint jene Bewegung anderwärts ihr Haupt zu erheben, und es darf uns nicht wundern, wenn sie in Rufsland, der Heimat der widersinnigsten Lehren, schon allerlei moralische Erfolge zu verzeichnen hat. Es bedurfte, um dies zu erfahren, nicht erst der Versicherung des berühmten St. Petersburger Syphilidologen B. Tarnowsky, die er uns auf S. 11—13 seines Buches *„Prostitution und Abolitionismus“* giebt. Schon die Thatsache, dafs T. sich mit einem solchen Aufwand von Wissen und Dialektik gegen die Feinde der staatlichen Prostitution wendet, läfst erkennen, dafs in Rufsland wirklich Gefahr im Verzuge sein mufs. (S. 21.)

In 20 an die Redaktion des *„Internationalen Centralblattes für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane“* gerichteten Briefen erwägt Tarnowsky

das Für und Wider der staatlich überwachten Prostitution von sanitären sowohl, wie ethischen Gesichtspunkten aus. Nach einigen einleitenden Betrachtungen macht uns Verf. (S. 16) mit den Grundsätzen bekannt, von denen die Gegner einer geregelten Prostitution sich leiten lassen. Diese Grundsätze, deren im ganzen 18 aufgeführt werden, sind zum Teil anfechtbar, teils verkehrt, teils geradezu lächerlich und erweisen sich als fast ebensoviele willkürliche Behauptungen. Was soll man z. B. zu der Erklärung sagen, dafs die Prostitution — d. h. allemal die staatlich überwachte — die Ausbreitung der Syphilis, anstatt sie zu vermindern, sogar noch begünstige; dafs die Zahl der unehelichen Geburten durch sie vermehrt werde, dafs die obligatorische ärztliche Untersuchung der Frauenzimmer eine Beleidigung des Weibes ist und zum völligen Untergang der unglücklichen Geschöpfe führt! — Die ganze Arbeit Tarnowskys ist der Widerlegung dieser und ähnlicher Sätze und der aus ihnen gezogenen Schlufsfolgerungen gewidmet. An der Hand der Geschichte weist er nach, dafs die ideale Forderung nach gänzlicher Ausrottung der Prostitution undurchführbar ist (S. 22 ff.). Überall ist man von diesen Versuchen sehr bald wieder zurückgekommen; denn die Befriedigung des Geschlechtstriebes ist nun einmal ein notwendiges und mächtiges physiologisches Bedürfnis der Männer und hat zu keiner Zeit der Prostitution entraten können.

Sehr lesenswert ist, was die Unterdrückung der Prostitution in Wien unter Maria Theresia und in Rom unter den Päpsten zur Folge hatte. Wenn dort eine neue Gattung weiblicher Dienstboten entstand, die unter dieser Maske dem Laster fröhnte, hier die Unzucht in das Familienleben sich flüchtete, Männer ihre Frauen, Eltern ihre Kinder verkuppelten, während in beiden Städten die Syphilis in erschreckender Weise zunahm, so kann man wahrlich nicht behaupten, dafs mit Aufhebung der Prostitution Sittlichkeit und Gesundheit zunehmen.

Noch schlimmer gestaltet sich die Sache da, wo, wie in England, der Staat sich um die Vertreterinnen der freien Liebe garnicht kümmert, wo die von den Bordellgegnern so sehr angestrebte Freiheit der Prostitution seit drei Jahrhunderten besteht. Die Berichte, die die *Pall Mall Gazette* vor einigen Jahren über den unerhörten Mädchenhandel brachte, der in London in vollem Schwunge steht, haben in ganz Europa die tiefste Empörung hervorgerufen. Auch hierüber findet der Leser ein reiches Material bei Tarnowsky (S. 33—50). Nach alledem ist das staatlich überwachte und geregelte Bordellwesen von allen Übeln noch das kleinste. Nicht nur, dafs die Sittlichkeit dadurch am wenigsten gefährdet werde, sondern auch die Gefahr der Syphilis-Übertragung werde dadurch wesentlich gemildert. Wie viele Personen und ganze Familien von einem einzigen, unüberwacht ihr Gewerbe ausübenden Freudenmädchen syphilitisch durchseucht werden mögen und auch schon thatsächlich inficiert worden sind, schildert uns Tarnowsky mit drastischen Worten und Zahlen (S. 76—100).

Er kommt dann auf die Versuche zu sprechen, die immer noch gemacht werden, die Prostituierten zu einem geregelten Lebenswandel und zur Arbeit zurückzuführen. Eingehend macht er uns mit den sehr anerkennungswerten Einrichtungen des „Barmherzigkeitshauses“ in St. Petersburg bekannt, wo die unglücklichen Geschöpfe jederzeit eine Zufluchtsstätte haben, an der man ihnen mit Liebe und Wohlwollen entgegenkommt (S. 108 ff.). Wenn trotzdem diese und viele andere ähnliche Anstalten in den grofsen Städten Europas nur so geringfügige positive Erfolge aufzuweisen haben, wenn die Prostituierte trotz aller auf sie verwandten Liebe und Güte, trotz aller Ermahnung und thatsächlicher Unterstützung fast immer wieder zu ihrem elenden Leben zurückkehrt, so liegt das, wie Verf. weiter ausführt, darin, dafs wir es bei den Prostituierten meistens mit einem krankhaften Typus zu thun haben; es sind

keine normale Menschen, wie schon kleine körperliche Abnormitäten, Schiefheiten am Schädel u. s. w. beweisen; vielmehr sind es physisch und psychisch degenerierte Individuen, aus denen sich zu allen Zeiten und bei allen Völkern das grofse Heer der Prostituierten ergänzt hat (S. 132 ff.).

Betrachtet man die Prostitutionsfrage objektiv, unter Hinweglassung aller moralischen, humanitären, religiösen u. s. w. Vorurteile, so stellt sich die Sache einfach so dar: Die Strafsendirne wird zur angebotenen Ware; so lange die Nachfrage darnach nicht aufhört, — und die wird, so lange die Menschheit bestehen bleibt, nie aufhören — so lange stehen wir auch der Prostitution machtlos gegenüber, und es liegt im Interesse jedes geordneten Gemeinwesens, diesen „Handel", wie jeden andern, so zu ordnen, dafs die Gesamtheit den gröfsten Nutzen, bezw. den mindesten Schaden davon habe, also in diesem Falle staatliche Überwachung.

An die Frage nun, wie diese staatliche Überwachung eingerichtet sein solle, tritt T. in seinen letzten Briefen heran und tadelt mit Recht manche schwere Mifsbräuche, fordert auch dringend zu Verbesserungen auf. Seine Reformvorschläge gipfeln namentlich in 3 Punkten: 1. Die zwangsweise Eintragung eines Mädchens in die Listen der Prostituierten soll in Zukunft nur durch richterliches Erkenntnis geschehen können. 2. Zur Untersuchung der Freudenmädchen sollen nur specialistisch herangebildete Ärzte verwandt werden. 3. Die ein Bordell besuchenden Männer sollen vorher ärztlich besichtigt werden.

Dies ist in grofsen Zügen der Inhalt von *„Prostitution und Abolitionismus."* Das Buch ist geistvoll und fesselnd geschrieben und wendet sich nicht nur an den Arzt. Es wird daher sicher bei dem Interesse und dem, wenigstens teilweisen Sachverständnis, das dem behandelten Gegenstand von allen Seiten entgegengebracht wird, einen zahlreichen Leserkreis finden.

Das Buch ist geschrieben, um zu überzeugen. Diesen Zweck wird es sicher erreichen, wenn auch nicht jeder alle darin aufgestellten Behauptungen gutheifsen wird. Die mancherlei Fragen, die hier angeregt, werden je nach dem verschiedenen Standpunkt verschiedenteilige Beantwortung finden. Vielleicht auch hätten einzelne Gesichtspunkte eingehender erörtert, manche Wiederholungen dem Leser erspart werden können. Um nur Eins anzuführen: dafs die Prostitution die unsittlichen Angriffe auf ehrbare Mädchen und Frauen wesentlich einschränkt, dafs sie das wirksamste Mittel gegen die Ausbreitung der Onanie beim männlichen Geschlecht bildet — das hätte vielleicht auch billig Erwähnung verdient. Indessen, ich will nicht kleinliche Kritik üben. Nur dagegen möchte ich nachhaltige Verwahrung einlegen, dafs sich das häfsliche Wort „Abolitionismus", „Abolitionist", nicht in unsere deutsche Sprache ein bürgere! (es ist ganz fehlerhaft gebildet und kann Alles bedeuten, besagt daher gar nichts.

Die Ausstattung des Buches ist eine tadellose.

Türkheim-Hamburg.

Mikroskopische Karcinombefunde nebst ätiologischen und praktisch verwendbaren diagnostischen Ausblicken von Jos. Schütz. Frankfurt a./M. 1890. Selbstverlag des Verfassers.

Der Verf. beschränkte seine Untersuchungen nicht allein auf die krebsigen Erkrankungen der Haut, sondern zog auch andere an Karcinom erkrankte Organe in den Bereich seiner Forschungen und fand in drei Fällen von Lippenkarcinom Mikroorganismen, einmal schlanke Stäbchen von der Gröfse und dem Aussehen des Tuberkelbacillus, das andere Mal runde 0,5 μ grofse regellos gruppierte Kokken, und

drittens 6—12 μ lange und 1 μ breite wetzsteinförmige, sporenhaltige Bacillen mit spitzen Enden. Die letzteren wurden sichtbar nach Färbung mit Gentianaviolett und Differenzierung in ganz schwachem salzsauren Alkohol.

Bakterien waren zwar längst schon im Blute wie im Gewebe der Krebskranken nachgewiesen und gezüchtet worden, doch wurden dieselben von den Fachleuten nicht in direkten ätiologischen Zusammenhang mit dem Karcinom gebracht, respektive für zufällige Beimengungen gehalten.

Auch bezüglich seiner eigenen Pilzbefunde ist der Verf. der Ansicht, dafs sie mit der Ätiologie des Krebses nichts zu thun haben und schliefst sich Sch. der Meinung Sengers vollkommen an, „dafs dem Krebse überhaupt kein Mikroorganismus zu Grunde liege. Denn es existiert kein Pilz, der bewirken kann, dafs eine Bindegewebszelle zu einer Epithelzelle wird. Man mufs dem Infektionserreger Beziehungen zum Zellkern oder Kernteil zuweisen, so dafs der Mikroorganismus mit der Zelle oder die inficierte Zelle erst die Grundlage für die weitere Infektion liefert."

Sch. selbst ist aus folgenden Gründen gegen die bacilläre Natur des Krebses; er sagt: „Wir kennen die histologische Struktur einer ganzen Reihe durch pathogene Mikroorganismen erzeugter Krankheiten (Tuberkulose, Lupus, Lepra); von anderen können wir nach dem heutigen Stande der Dinge deren bacilläre Infektion ziemlich sicher annehmen (Syphilis). Bei allen diesen Krankheiten werden durch die Krankheitserreger Granulationsgeschwülste mit nachfolgender regressiver Metamorphose, Riesenzellbildung und dergl. gebildet. Obwohl Rundzelleninfiltration bei Krebs ein regelmäfsiger und frühzeitiger Begleiter ist, so hat diese doch nach der Anschauung aller Untersucher den Charakter der Reaktionserscheinung (Waldeyer, Billroth). Riesenzellenbildung, ein Verschmelzen der epithelialen Zellen des Karcinoms, wie es bei den epitheloiden Zellen anderer Geschwülste auftritt, gibt es bei Karcinom nicht (Waldeyer). Obwohl von mikroorganismenhaltigen Zellen bis jetzt die Anschauung besteht, dafs sie früher oder später zu Grunde gehen müssen infolge eben dieser Mikroorganismen, sind hierauf bezügliche Beobachtungen beim Krebsepithel durchaus nicht durchgeführt, was sicher geschehen wäre, wenn die Krebsepithelien Mikroorganismen nicht lediglich zufälligen Vorkommens enthielten. Wo immer Mikroorganismen ein Gewebe befallen haben, weifs man, dafs die Zellen, selbst wenn sie durch die Aufnahme von Bacillen in ihrem Volumen vergröfsert erscheinen, darunter leiden und schliefslich atrophieren. Hiervon müfste die Krebszelle, die grofs, in vollem protoplasmatischen Wohlbefinden stehend und sehr proliferierend sich erweist, eine ganz unglaubliche Ausnahme machen. Gegrade die verderblichsten Karcinome pflegen sogar von den sekundären im Krebsgewebe vorkommenden Degenerationserscheinungen freizubleiben. Auch das Faktum, dafs die Krebszellen von den Zellen des Mutterbodens, von welchem sie ausgingen, nur graduelle Unterschiede aufweisen, spricht gegen eine infektiöse Theorie und für die Auffassung, dafs die Zellen eine allmähliche Umwandlung erfahren, welche die Zellen als solche in wechselndem Grade mit den Eigenschaften der Bösartigkeit ausstattet."

Die positiven Resultate der Überimpfungen des Krebses brauchen nicht notwendigerweise auf Mikroorganismen bezogen zu werden, sondern es können dieselben auch von den „zelligen" Teilen ausgehen.

Gesundes Epithel in andere Gewebe verpflanzt, erzeugt nach Schweninger und Kaufmann harmlose Atherome. Dies Experiment spricht dafür, dafs mit der Epithelzelle, dem versprengten Keime, erst eine Veränderung vorgegangen sein mufs, bevor sie ihre „bösartigen" Eigenschaften entfaltet.

Den Unterschied zwischen gewöhnlichen Epithelzellen und Krebszellen darzu-

legen, ist der Zweck des zweiten Teiles der vorliegenden Monographie, und zwar werden diese Differenzen durch die Karyokinese begründet.

Das Material mufs zu diesem Zwecke nach Flemming fixiert sein. Solcherweise hergestellte Schnitte von Karcinom fallen auf:

1. Durch die ungemein grofse Anzahl von Mitosen (zwanzig und mehr in einem Gesichtsfelde). „Es kann somit der Reichtum der Mitosen direkt einen Rückschlufs auf die Bösartigkeit einer Geschwulst im Zusammenhange mit anderen, noch zu besprechenden Kriterien erlauben und diagnostisch Verwendung finden."

2. Gibt es bei Karcinom unter den in Karyokinese begriffenen Kernen stets einige, welche eine so unverhältnismäfsige Gröfse haben, wie sie in den entsprechenden normalen Geweben sonst nicht vorkommen, und die gewissermafsen äufserlich den Stempel einer höheren Valenz an sich tragen.

3. Zeigen bei Karcinom die Mitosen bezüglich ihrer Gröfse bei einem und demselben Individuum resp. Tumor Verschiedenheiten erheblicher Art. Die mitotischen Kerne mafsen im Durchschnitt 12—30 μ. Manche Kerne (lediglich in Spiremform) mafsen sogar bis 60 μ, während Sarkommitosen nur 12 μ, rasch wachsende Warzen 16 μ im Durchmesser grofs waren.

4. Bei Karcinom liegen die Mitosen bei längsgetroffenen Krebszügen vorwiegend in der alleruntersten Zellenreihe, an der Peripherie der Krebszellenzüge, stets in der Nähe der Blutgefäfse, im normalen Epithel dagegen meist in der drittletzten Reihe und noch höher.

Im dritten Teile schildert uns der Verf. noch einen anderweitigen Befund, der regelmäfsig in allen Karcinomen anzutreffen ist, sobald das Material frisch fixiert worden ist. Dieser Befund besteht in zahlreichen Zellen im epithelialen Krebsgewebe mit einer ganzen Menge rundlicher Körper im Innern, die sich mit den meisten Anilinfarben stark färben. Diese Körper stellen meist 2,5 μ breite bläschenförmige Gebilde dar (manche haben in ihrem Innern noch eine helle glänzende Stelle) und liegen dieselben zu 3, 4—10 Stück in gerader Linie hinter einander in Kleeblatt-, Kreuz- oder Kringelform. Man könnte dieselben für Zerfallkörper halten, allein Sch. ist der Meinung, dafs es sich um Wanderzellen handelt, welche in das Epithel eingedrungen sind und aus räumlichen Gründen ihre Formen modifizieren mufsten. Sie sind nach Cornil für die Krebszellen die Nahrungsträger.

Die nach jeder Richtung hin vorzügliche und originelle Abhandlung schliefst mit einer Betrachtung über die Vascularisation, Rundzelleninfiltration, Granulationsepithel und ätypische Epithelwucherung, die wir als bei den Lesern schon bekannt voraussetzen dürfen. Sch. hat in obiger Abhandlung für die Krebstheorie eine Anzahl neuer Gesichtspunkte aufgestellt, die hoffentlich auch die Dermatologen anregen wird, in der Krebsfrage Stellung zu nehmen; denn wenn für irgend jemand, so mufs doch gerade für den Dermatologen die Erforschung der Krebsätiologie von Interesse sein, nachdem Thiersch durch seine bahnbrechende Arbeit über den Krebs der Haut dazu den ersten Schritt gethan.

Sechs Photogramme von so vorzüglicher Deutlichkeit und Schärfe, wie ich noch nirgends gesehen, geben für den Leser einen treuen Wegweiser durch die Abhandlung ab. *P. Taenzer-Bremen.*

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889, von Arnold Pollatschek, Brunnen- und prakt. Arzt in Karlsbad. Neuwied 1890, Heusers Verlag. VIII. u. 158. S. 8°. „Als jährlich erscheinendes Supplement der Hilfs- und Nachschlagebücher soll das vorliegende (Buch) dienen." Mit diesen Worten führt P. das hier zu besprechende Buch in die ärztliche Lesewelt ein. Es ist, wie er selber berichtet, eine

Frucht seiner unfreiwilligen Wintermufse, die der Badearzt in einem vorwiegend sommerlichen Kurort notgedrungen mit in Kauf nehmen mufs. Aber nutzbringender für seine Kollegen konnte der Autor die langen Winterabende wohl kaum zubringen, es ist in der That ein dringendes Bedürfnis, dem er mit seinem Buch entgegenkommt. Ist die Idee also als eine glückliche zu bezeichnen, so ist es nicht minder die Ausführung. Was das Jahr 1889 an medizinisch-therapeutischen Leistungen Neues brachte, das wird hier in alphabetischer Reihenfolge geordnet, knapp und übersichtlich auf 158 Seiten zusammengestellt. Von allem theoretischen Beiwerk hat Verfasser, wohl jedem zu Dank, abgesehen: sein Buch soll ausschliefslich ein Nachschlagebuch für den praktischen Arzt sein, der im Drange des Berufs nicht immer die Zeit hat, sich über neue Heilmittel und Heilmethoden aus oftmals recht langatmigen und recht gelehrten Abhandlungen zu belehren. Wer aber eiligst über ein neues Medikament, über die Fortschritte in der Therapie der einzelnen Krankheiten unterrichtet sein will, der greife getrost zu diesem Büchlein, es wird ihn wohl kaum je in Stich lassen; und wem es ein Bedürfnis ist, den Dingen selber möglichst auf den Grund zu gehen, für den hat P. jedem einzelnen Artikel die Quellenangaben beigefügt. Letztere dürfte vielleicht noch etwas genauer sein, da Pollatschek es überall unterläfst, die Nummer der betreffenden Zeitschrift mit anzugeben. Hoffentlich hilft er diesem kleinen Mangel in den folgenden Jahrgängen nach.

Einer weiteren Empfehlung bedarf dieses junge Unternehmen nicht; es wird bei allen praktischen Ärzten offenes Haus finden und man kann ihm quoad valetudinem futuram die allerbeste Prognose stellen. — Die Ausstattung ist eine handliche und würdige. *Türkheim-Hamburg.*

Index bibliographicus dermatologiae. I. Jahrg. Litteratur des Jahres 1888. Bearbeitet von Karl Szadek. Hamburg 1890, Leopold Voss. 8°. 81 S. *M.* 1,50.

Der bereits durch seinen *Index bibliographicus syphilidologiae* rühmlichst bekannte Autor hat uns durch vorliegendes Werkchen wieder einen Beweis seines unermüdlichen Fleifses gegeben, der von allen Dermatologen gewifs mit Freuden begrüfst und vielen sehnlichst erwünscht kommt.

Der Verf. hat sein Werk in 13 Abteilungen eingeteilt: I. Allgemeines, Lehrbücher, Atlanten etc. II. Anatomie, Physiologie, Histologie und allgemeine Pathologie. III. Allgemeine Therapie. IV. Akute Exantheme. V. Chronische Infektionskrankheiten. VI. Ekzem und andere einfache Entzündungen. VII. Neuropathische Entzündungen. VIII. Epidermidosen. IX. Trichosen und Anomalien der Hautdrüsen und Nägel. X. Tumoren, Sklerodermа, Myxödem und Elephantiasis. XI. Pigmentanomalien u. Hämorrhagien, Arzneiexantheme. XII. Hautkrankheiten infolge pflanzlicher Parasiten. XIII. Anhang.

Über die Berechtigung und Richtigkeit dieser Einteilung liefse sich vieles sagen, doch steht uns nicht genügend Raum zur Verfügung, um uns des Näheren darüber zu verbreiten. Jedem litterarisch thätigen Dermatologen kann das Werkchen nicht warm genug empfohlen werden. *P. Taenzer-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus, von Prof. O. Liebreich. (*Virchows Archiv.* Bd. 121.) L. liefert den Beweis, dafs in der Vernix caseosa neugeborener Kinder Lanolin vorhanden ist.

L. Hoffmann-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Zur Behandlung der Schanker, Bubonen und Tripper mit Pyoktanin, von A. Lindström. Sitzungsber. des Kiewschen Militärhospitals. (*Wratsch.* 1890. No. 37.) Bei 17 Fällen von Urethritis infectios. acuta wurden Injektionen mit Lösungen von Pyoktan. caerul. 1 : 2000—1 : 4000 gemacht. Abortivwirkung kein einziges Mal beobachtet. (Am wievielten Tage des Auftretens wurden die Injektionen begonnen? Natürlich kann doch nur im ersten Beginn der Infektion von einer Abortivbehandlung die Rede sein. Ref.) Im Gegenteil, in allen bis auf 4 Fällen trat erhöhte Sekretion und Steigerung der Schmerzen auf.

Bei 11 weichen und 2 harten Schankern wirkte das Mittel, als Pulver (1 : 1000 bis 2000) bedeutend schlechter als Kalomel und Jodoform. (Ref. kann das nach seinen, allerdings bisher noch wenig zahlreichen Erfahrungen nicht bestätigen; doch wandte er eine Koncentration von 1 : 250—500 an.) Dasselbe Resultat wurde auch bei Bubonen erzielt. Bessere Erfolge wies das Mittel in 2 Fällen von Herpes (praeputialis?) auf. Das Auramin soll keinerlei Vorzüge vor dem Methylviolett haben. (Jedenfalls ist die Verfärbung von Haut und Wäsche bei weitem nicht so in die Augen fallend wie bei dem Pyokt. caer. Ref.) Auf Grund dieser Erfahrungen will Dr. Lindström dem Pyoktanin keinerlei Vorzüge zuerkennen.

DDr. Bobin und Borowsky sind mit ihren Erfolgen zufriedener. Der erstere hat namentlich bei Blennorrhoea ophthalmica gute Resultate gesehen (ebenso wie Ref.), der zweite bei syphilitischen Ulcerationen.

Dr. Fleischer bemerkt mit Recht, dafs der Berichterstatter des Pyoktanin mit zu grofsen Mengen Talc. gemischt angewandt habe, statt es allein zu gebrauchen.

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Ätiologie und Pathologie der Lepra, von Prof. Profeta. (*Giorn. intern. di sciense med.* Neapel 1889.) Der Verf. spricht hier über drei wichtige Punkte seine Ansicht aus, die in mancher Beziehung mit den Anschauungen anderer Autoren im Widerspruch steht:

1. Die Lepra ist eine parasitäre Krankheit.
2. Sie ist hereditär, kann aber auch acquiriert werden.
3. Die Art und Weise, wie die erworbene Lepra sich fortpflanzt, ist für den Verf. noch nicht sicher festgestellt. Die Impfversuche, die er von einem Menschen auf den anderen machte, blieben erfolglos. Der Bacillus kann demnach nicht von einem Kranken auf einen gesunden Menschen übergehen.

(Ref., der viele Fälle von Lepra gesehen und eingehend die Bedingungen studiert hat, unter welchen diese Krankheit entsteht, kann nicht in dem dritten Punkte mit Prof. Profeta übereinstimmen. Nach seiner Überzeugung, die er an einer anderen Stelle (Relazione di una visita alla scuola derm. di Vienna. *Bollett. della Soc. med. di Bologna.* 1887—88) ausführlich begründete, ist die Lepra von Mensch auf Mensch wohl übertragbar. Die Impfversuche fallen aber deshalb negativ aus, weil der Bacillus nur an einem hierzu disponierten Boden haftet. Freilich sind die näheren Bedingungen dieser Disposition noch unbekannt.) *Tommasoli-Modena.*

c. *Syphilis.*

Zur Syphilisbehandlung mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum succinimidicum, von Dr. J. Th. Selenew. (*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1890. No. 36.) In der Klinik des Prof. M. J. Stukowenkow in Kiew wurde das Präparat in einer 1 %igen Lösung an 33 Syphilitikern angewandt. Im ganzen wurden 933 Injektionen gemacht. Die Resultate waren folgende: Die Erscheinungen schwanden nach 24—40 Einspritzungen. Bei den ersten 1—5 Injektionen konnte man oft eine Vermehrung der Roseola und Papeln wahrnehmen. Sklerosen und Drüsen wurden nicht bedeutend beeinflufst. Gingivitis kam in 6 Fällen (19 %) vor. Schmerzen und Infiltrate fehlten fast immer. In 1 Fall nach 23 Injektionen Diarrhoe und Leibschmerzen. Bei 24 Primärinfizierten, die 7 Monate in Beobachtung waren, traten 3 mal Recidive auf (8½ %). Gegen diejenigen bei Hydr. oxyd. flav. (8 %), Hydr. alaninicum (20 %), Hydr. salicylic. (37 %), Ol. ciner. (30 %) sind das günstige Resultate. Quecksilber im Harn wurde bereits am ersten Tage konstatiert. Albumin und Zucker wurden nicht gefunden. Somit empfiehlt sich das Präparat, als milde wirkend, namentlich bei Frauen und Kindern, aber nur in leichten Fällen, da die Wirkung im allgemeinen nicht sehr energisch war. *Kroug-Hungerburg-Narwa.*

Über einen Fall von tertiärer Syphilis mit grofsen gummösen Tumoren auf der ganzen rechten Rippenseite, von Prof. De Amicis. (*Il Morgagni.* April 1890.) Verf. berichtet über eine höchst seltene, in ihrer Art vielleicht einzig dastehende Manifestation der Syphilis, die schon 35 Jahre bestand und die ein ganz eigentümliches, ein ganz anderes Aussehen darbot, als man es sonst zu beobachten pflegt. Der Pat. war ein 60 Jahre alter Mann. An seinem Rumpfe zeigte sich eine Schwellung, die von der mittleren Axillarlinie bis zur Wirbelsäule sich erstreckte, 23 cm breit und 21 cm lang und ca. 10 cm dick war. Die Palpation zeigt, dafs diese Geschwulst aus mehreren kleinen runden Tumoren bestand, die sich hart elastisch anfühlten. Einige waren etwas weicher, die meisten verschiebbar und nur wenige fixiert. Alle aber waren schmerzlos. Die sie bedeckende Haut zeigte sich meist gesund, an einzelnen Stellen jedoch war sie blaurot verfärbt und an einer einzigen exulceriert mit serös-eiteriger Sekretion.

Aufser dieser grofsen Schwellung war bei dem Patienten noch zu sehen:

a. Eine kleine nufsgrofse Schwellung mit gesunder Haut an der rechten Seite unten am Rumpf.

b. Das rechte Auge stark nach aufsen gedrängt (Exophthalmus) und nach rechts gedreht (Strabismus dexter). Die Sehkraft ist ungeschwächt.

c. In der rechten frontoparietalen Gegend eine adhaerente traubengrofse Geschwulst.

d. Andere kleine, hier und dort zerstreute Geschwülste.

e. Das rechte Knie viel dicker als das linke.

Nach einer gemischten internen Behandlung wurde Pat. innerhalb 3 Monaten geheilt. 2 Jahre nachher wurde er wieder untersucht und ist als gesund befunden worden. 4 Jahre später zeigte sich eine ähnliche Geschwulstbildung an der linken Rippenseite. Einige Chirurgen hatten schon einen operativen Eingriff zur Entfernung derselben geraten. Verf. konnte sie aber mit Hilfe einer antisyphilitischen Kur definitiv beseitigen. *Tommasoli-Modena.*

Lymphadenitis gummosa, von Dr. Sanguineta. (*Clinica dermopatica di Genova.* 1888—1889.) 7 Fälle werden hier berichtet, von denen 3 schon früher in dem Lehrbuche *Morbi sifilitici e venerei* von Prof. Campana veröffentlicht wurden. Überall zeigten sich neben anderen gummösen Manifestationen der Spätsyphilis erweichte und zum Teil exulcerierte Gummata, welche an verschiedenen Stellen der Körpers von den Lymphdrüsen ausgingen und daselbst auch ihren Sitz hatten.

In einem Falle wurde eine genaue histologische Untersuchung gemacht und dadurch die Diagnose Adenitis gummosa bestätigt. Diese Thatsache ist sowohl in diagnostischer wie auch in therapeutischer Beziehung recht interessant.

Tommasoli-Modena.

Beitrag zur Kenntnis der Phlebitis syphilitica, von Prof. Breda. (*Rev. ven. di science mediche.* T. XI: 1889.) Ein 28jähriges kräftiges Mädchen vom Lande erkrankte, nachdem es sich 4 Monate vorher syphilitisch infiziert hatte, ganz plötzlich mit leichtem Fieber, Nackenschmerzen und Gliederschmerzen an der linken Seite. Dann entstand ein Ödem am linken Bein, welches so stark wurde, dafs dies Glied unbeweglich ward. Jetzt zeigten sich die Venen, besonders die gröfseren, sehr stark verdickt und waren schmerzhaft. Ähnliche Veränderungen entstanden hierauf auch in den anderen Gliedern. Mit Hilfe von Jodkali und grauer Salbe heilte diese Affektion im Verlaufe eines Monats. Die inneren Organe blieben gesund und die Syphilis nahm den gewöhnlichen Verlauf.

Der Verf. schreibt diese ganze Affektion der Syphilis zu.

Tommasoli-Modena.

Syphilis des Herzens — Myocarditis gummosa, von Dr. Stravino. (*Il progresso medico.* No. 17 u. 24. Neapel 1889.) Zwei Fälle von Myocarditis gummosa, die zur Autopsie kamen und histologisch untersucht wurden, werden hier mitgeteilt. Nichts Neues — nur von statistischem Werte. *Tommasoli-Modena.*

Hemiparaplegie infolge von Syphilis, von Dr. Pedicini. (*Il progresso medico.* No. 13—15. Neapel 1889.) Dieser Fall bot das klassische Symptomenbild einer Transversalläsion der Medulla. Die Syphilis war zur Zeit im dritten Stadium und sehr deutlich ausgesprochen. Das linke Bein war vollständig gelähmt, die anderen Glieder aber waren ganz gesund. Mit Hilfe von Jodpräparaten und durch den Gebrauch sogen. russischer Bäder wurde Patientin vollkommen geheilt.

Tommasoli-Modena.

Über Hydarthrosis bei frischer Syphilis, von Prof. Folinea. (*Gl'Incurabili.* No. 22—24. Neapel 1889.) Auf Grund von fünf vom Verf. beobachteten Fällen beschreibt derselbe diese wenig bekannte syphilitische Affektion, indem er die Angaben anderer Autoren teils bestätigt, teils widerlegt. Die hier besprochene Krankheit entsteht ganz langsam, hat einen schleichenden Verlauf und ist schmerzlos. Sie darf nicht mit jenen Gelenkaffektionen verwechselt werden. die bei der initialen oder der tertiären Syphilis vorkommen. Sie zeigt sich vielmehr im Verlaufe des ersten Jahres nach der Infektion und ihre charakteristische Eigenschaft besteht in der Abwesenheit

jeglicher akuten Entzündungserscheinung, sowie auch in dem Umstande, dafs die flüssigen Gelenksergüsse intermittierend auftreten. Der Verf. glaubt, dafs diese Form der Syphilis viel häufiger vorkommt als man allgemein annimmt.

Tommasoli-Modena.

Über primäre syphilitische Epididymitis. Von Dr. Andronico. (*L'osservatore*, Dezember 1889.) Viele Autoren behaupten, dafs die Epididymitis eine Sekundärerscheinung der syphilitischen Entzündung des Testikels sei. Verf. ist anderer Meinung. Nach seinen Beobachtungen kommt auch eine primäre Sklerose des Nebenhodens vor. Dieselbe beginnt ungefähr 3—4 Monate nach der Infektion, rührt von einer schweren Infektion her und entfaltet sich sehr langsam. Verf. heilte diese Affektion durch Kalomelinjektion (1 : 10 Glycerin), die er in der Nähe der erkrankten Stelle macht. Drei Injektionen genügen vollkommen. *Tommasoli-Modena.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über das Erythema scarlatiniforme bei Ileotyphus, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*Journ. of cutan. and genito-urinary dis.* August 1890.) Diese Affektion ist von verschiedenen Autoren unter verschiedenem Namen besprochen worden, so von Guéniot als scarlatinoïde, von Crocker u. a. als Erythema punctatum, von Bazin als roséole scarlatiniforme, von Hyde als symptomatic erythema, von Liebermeister als diffuses Erythem u. s. w. Verf. gibt eine etwas eingehendere Schilderung eines von ihm selbst beobachteten Falles von recidivierendem Erythema scarlatiniforme bei Typhus abdominalis an einem 10jährigen Mädchen, wobei die Diagnose noch durch Autopsie bestätigt wurde. Abgesehen aber von der Aussage O.s würde man aus den mitgeteilten Symptomen nicht mit Sicherheit entnehmen können, ob es sich dabei nicht um einen etwas unregelmäfsig verlaufenen Fall von Scharlach gehandelt habe. Namentlich fehlt z. B. jede Erwähnung des Darmes beim Sektionsberichte, und auch die klinischen Anhaltspunkte für die Diagnose sind nicht vollständig angeführt.

Betreffs der Ätiologie des Ausschlags schliefst sich Verf. der Auffassung J. W. Moores an, dafs das am Ende der ersten Woche von Ileotyphus auftretende scarlatiniforme Erythem wahrscheinlich auf einem Reflexvorgang an den Vasomotoren, das spätere Exanthem auf septischen Einflüssen oder auf beiden Momenten zugleich beruhe. — Die einschlägige Litteratur ist in reichlicher Anzahl angeführt.

Philippi-Nieheim.

Klinische und histologische Studien über einen Fall von Psoriasis gravis, von Dr. Luciani. (*Clinica dermopatica di Genova.* 1889—1890.) Manche Forscher betrachten die Infiltration der Cutis bei Psoriasis als Sekundärerscheinung der Erkrankung der Epidermis, weil ja diese beiden Teile der Haut in sehr weniger physiologischer Wechselbeziehung stehen. Der Verf. bediente sich aber bei seiner Untersuchung der Schnitte einer Färbung mit Rotviolett und fand in der Cutis eine grofse Zahl von Leukocyten im Zustand der Karyokinese. Diese Thatsache veranlafst den Autor zu der Annahme, dafs die Psoriasis eine sowohl das Derma wie die Epidermis gleichzeitig betreffende Hautkrankheit sei. *Tommasoli-Modena.*

Die Behandlung der Krätze. Vortrag, gehalten von A. Fournier im Hôpital Saint-Louis. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 369.) Die Behandlung der Krätzkranken, wie sie im Hôpital Saint-Louis ausgeübt wird, beansprucht im ganzen 1½ Stunden. In der ersten halben Stunde wird der Kranke am ganzen Körper mit grüner Seife eingerieben. Dann folgt ein warmes Bad von einer halben Stunde, unter fortgesetztem Einreiben mit der grünen Seife; in der dritten halben Stunde endlich wird der Körper mit einer alkoholischen Schwefelsalbe (100 Tle. Fett, 10 Tle. Schwefel, 8 Tle. Pottasche) tüchtig abgerieben. In der nämlichen Zeit werden die Kleider des Patienten durch Hitze sterilisiert. Das Verfahren ist etwas schmerzhaft, läfst aber nur selten im Stich. Bei bestehendem Ekzem und bei kleinen Kindern ist dasselbe nicht anwendbar. Bisweilen bleibt wochenlang heftiges Jucken und auch Hautausschlag übrig. Trotz alledem gibt Fournier dieser Behandlung vor derjenigen den Vorzug, die seiner Angabe nach in Deutschland und Österreich (Kaposi) geübt wird und sich über 5—7 Tage hinzieht. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von schwerer Gehirnerkrankung nach dem plötzlichen Verschwinden eines chronischen Ekzems, von L. Brocq. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 218.) Ein Mann, der seit seiner Jugend stark an Asthma und Neuralgie der Kopfnerven litt, dabei zur Melancholie geneigt war, erwarb sich in seinem 44. Lebensjahre ein stark nässendes und juckendes Ekzem an den Genitalien und am After. Mit dem Auftreten desselben verschwanden die asthmatischen Anfälle vollständig. Als aber im Laufe der Jahre das Jucken eine unerträgliche Höhe erreicht hatte, behandelte er den Ausschlag mit den von Brocq verordneten Mitteln so nachhaltig, dafs das Ekzem bald ganz verschwand. Daraufhin stellten sich aber bei dem nunmehr 50jährigen die bedenklichsten Erscheinungen ein: Er schwankt wie ein Trunkener, magert gänzlich ab, kann seinen Urin nicht halten; es stellen sich Pupillen-Ungleichheit und Sehstörungen ein; die Reflexe verschwinden, das Sensorium ist fast völlig benommen; unerträgliche Hinterhauptschmerzen. Von mehreren Ärzten wird die Diagnose auf Hirntumor gestellt und der Exitus als unvermeidlich betrachtet. In dieser hoffnungslosen Lage wird dem Patienten ein Vesikator auf den Nacken gesetzt, welches von überraschend günstiger Wirkung ist. Unter dieser fortgesetzten Behandlung erscheint das Ekzem von neuem und der Kranke erholt sich völlig.

An diesen äufserst lehrreichen Fall knüpft Brocq seine beachtenswerten Bemerkungen über Prognose und Therapie des chronischen Ekzems.

Türkheim-Hamburg.

Ulcus molle mammae, von A. Pospelow. (*Intern. Atlas seltener Hautkrankh.* Heft 2. Tafel VI.) Hamburg 1890. Leopold Voss. Bei einer 25jährigen verheirateten Dienstmagd, welche seit 6 Wochen an Geschwüren des Genitalapparates litt, trat ein halbmondförmiges Geschwür auf, das sich allmählich vergröfserte und eine kreisförmige Gestalt annahm. Später erschien noch eine Geschwulst im Rachen, die bei der Probepunktion nur Serum entleerte und auf KJ kleiner wurde. Patientin wurde aufserdem noch einer Schmierkur mit grauer Salbe unterzogen.

Das Geschwür glaubt P. für einen weichen Schanker der Brustwarze eine grofse Seltenheit, ansprechen zu müssen. Die Rachenaffektion hält er für zweifelhafter Natur, vielleicht für ein Gumma.

Zur Unterstützung der Diagnose dient eine vorzügliche chromolithographische Tafel. *P. Taenzer-Bremen.*

Ein Fall von Ekthyma terebrans bei einem Kinde, von Heulz (Bourboule). (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 85.) Es handelte sich um ein 10monatliches,

sonst gesundes Kind. Die Geschwüre saſsen in der linken Glutäalgegend und bestanden, als Verf. sie zu Gesicht bekam, bereits an 2 Monate. Die Heilung erfolgte unter Jodoform und Borsäurelösung innerhalb 6 Wochen. *Türkheim-Hamburg.*

Die Behandlung der vereiterten Bubonen, von Ch. Lassalle (Montpellier). (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 257.) L. ist ein Anhänger der Lehre, daſs die im Gefolge eines weichen Schankers auftretende Leistendrüsen-Vereiterung ursprünglich das Schankergift nicht enthalte, sondern erst sekundär von dem bestehenden Ulcus aus inficiert werde. Die einfache Adenitis heile in ungefähr 14 Tagen, während der schankeröse Bubo zu seiner Heilung mindestens 4 Wochen erfordere. Nun können wir aber nach Aubert (de Lyon) einen Schanker-Bubo mittels der Hitze (heiſse Verbände und heiſse Halbbäder, 40—42°, 15—20 Stunden lang!) in eine einfache Leistendrüsen-Vereiterung verwandeln; ja diese Empfindlichkeit des Schankergiftes gegen die Hitze ist der Grund, daſs dieses Virus sich nicht, wie andere pathogene Stoffe, im Körper ausbreitet, da es schon der Temperatur des Körperinnern erliege! Wir sind also imstande — nach Aubert und Lassalle — einen Schanker-Bubo in eine einfache Adenitis zu verwandeln; wie sollen wir uns dieser gegenüber verhalten? Nach einer kurzen Besprechung der früher üblichen Methoden geht L. zur Erörterung der modernen Behandlung mittelst Jodoform über. Diese kann eine dreifache sein: Entweder — nach Entleerung des Eiters durch Schnitt oder Aspiration — Einpudern der Wundhöhle mit Jodoform; darauf fester Verband. Heilung in ungefähr 16 Tagen. Diese Behandlung hat Verf. an 10 in Kürze mitgeteilten Fällen erprobt und ist sehr mit ihr zufrieden. Oder man spritzt, nach Entfernung des Eiters, Jodoform-Vaselin im Verhältnis von 1:10 ein (Methode von Fontan-Toulon). Die Heilung soll in 3—8 Tagen vor sich gehen. Jedoch bedarf dieses Verfahren nach Verf. noch der weiteren Prüfung. Oder endlich, man bedient sich, entsprechend dem Vorgang von Humbert und Verneuil, der Jodoform-Äther-Einspritzungen. Die groſse Schattenseite dieser schnell heilenden Behandlungsart liegt nach Verf. in den heftigen Schmerzen, die sie verursacht. *Türkheim-Hamburg.*

Über den Wert hypodermatischer Karbolsäure-Einspritzungen beim Karbunkel. Vortrag, gehalten von Danet in der Société de Médecine pratique. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 374.) Im Gegensatz zu einem früheren Vortragenden (Jasiewicz), der von Karbolsäure-Einspritzungen bei Furunkeln nicht viel Gutes gesehen hat, rühmt Danet dieses Verfahren, das sich ihm in 4 Fällen, die er ausführlich mitteilt, als sehr nützlich erwiesen habe und verweilt mit viel Behagen bei der Frage nach dem Autor desselben, als den er Déclat (*Traité de l'Acide phénique appliqué à la Médecine*) bezeichnet. *Türkheim-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Ein Beitrag zur Entwickelung der Hautkrebse auf Narben, von Weber. (Inaug.-Dissertation, Würzburg 1889.) Beschreibung eines interessanten Falles aus der Rosenbergerschen Privatklinik.

Bei einer 72jährigen Frau entwickelte sich auf einer Narbe an der Stirne ein

Karcinom. Bei der 8 Jahre vorher stattgehabten Verletzung war ein etwa dreimarkstückgroſser Hautlappen bis auf den Knochen abgestoſsen worden.

Das ulcerierende Karcinom wurde exstirpiert und zur Deckung des entstandenen Deficits ein gestielter Lappen von der Schläfengegend her transplantiert.

Seifert-Würzburg.

Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex. Von Prof. Schwimmer. (*Intern. Atlas seltener Hautkrankheiten*, Heft 2, Tafel IV.) Hamburg 1890. Leopold Voss. Ein 39jähriger Lehrer wurde vor 9 Jahren von bohnengroſsen Knötchen an den Fingern befallen, die sich im Laufe der Jahre auch an den übrigen Körperteilen einstellten. Der Ausbruch war von heftigen Schmerzen begleitet, die auch nach Excision der Initialknötchen anhielten.

Die Haut ist selbst an gesunden Stellen etwas tiefer pigmentiert und zeigt bisweilen glatte, wie auch erhabene Pigmentationen. Im Gesicht mehrere, im Bindegewebe ruhende Knoten mit normal gefärbter Haut überzogen. Die Augenlider sind geschwollen und weisen einzelne bläulichrote hautkorngroſse Knötchen auf, von denen eins ulceriert ist. Gleiche Knötchen in der Ohrmuschel, doch von pigmentierter Haut bedeckt. Am Rumpfe findet man bei der Palpation zahlreiche ähnliche Knoten, teils mit normal, teils mit tiefer pigmentierter Haut überzogen. An den oberen Extremitäten verlaufen diese Knoten teils analog den Lymphsträngen, teils den Nervenzweigen entsprechend. Am meisten entstellt sind die Finger, die, abgesehen von Flektionsstellung, verdickt und miſsgestaltet, bläulich verfärbt und mit Knötchen besetzt sind. An den Unterschenkeln Knoten von Kirschengröſse, ebenso am Gesäſs. Die Füſse sind wie die Hände verändert; um die Knöchel des linken Fuſses läuft eine 10 cm lange Anschwellung, die besonders durch ihre Knötchengruppe auffällt, die stellenweise sogar in eitrigem Zerfall begriffen ist.

Die Knoten- und Knötchenbildung ist von elastischem Bau. Die Leistendrüsen sind stark geschwollen, auch das Zahnfleisch zeigt Schwellung. Patient fiebert leicht und kann des Nachts der Schmerzen wegen nicht schlafen.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Kräftigung der Konstitution. Gegen die Schmerzen war Phenacetin von zuverlässiger Wirkung. Gegen das Grundübel wurde Arsenik innerlich und subkutan, jedoch ohne sichtbaren Erfolg gegeben. Nach 8 Monaten verlieſs der Patient ungeheilt das Spital.

Differentialdiagnostisch kamen in Betracht: Gummöses Hautsyphilid, Lepra, Mykosis fungoides, die jedoch, wie Schwimmer glaubt, mit Sicherheit auszuschlieſsen waren.

Das histologische Ergebnis des vom Augenlid excidierten Stückes war folgendes: Ein aus fusiformen Zellen gebildetes Gewebe, welches unter sich durch eine Grundsubstanz vereinigt wird, die ziemlich fest, spärlich, amorph ist, also die Charakteristika des fusocellulären Sarkoms. Feinere Einzelheiten der mikroskopischen Untersuchungen waren: Groſse Anzahl der Blutgefäſse, Hämorrhagien, Anordnung der Tumorzellen in Bündeln. Eine schöne chromolithographische Tafel erläutert das makroskopische Bild.

P. Taenzer-Berlin.

Kasuistische Mitteilungen aus der Klinik des Hofrats Prof. Billroth. **I. Karcinom in einer Brandnarbe. II. Karcinom nach Ulcus durum,** von Leopold Dittel jun. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 39.)

In dem ersteren Falle entwickelte sich das Karcinom in einer Narbe der Wange, welche von einer Verbrennung mit der Cigarre herrührte. Es entwickelte sich etwa ein halbes Jahr nach der Verbrennung, wuchs sehr langsam und wurde 2 Jahre später excidiert. Die histologische Untersuchung des Tumors ergab Epithelialkrebs.

In dem zweiten Falle war etwa ein Jahr nach Acquisition des harten Schankers auf derselben Stelle des Präputiums ein Geschwür aufgetreten, welches bald auch auf die Glans penis übergriff. Amputatio penis. Histologische Untersuchung ergibt Epithelialkrebs. Im weiteren Verlaufe traten Krebsknoten in der Inguinalgegend, am Vas deferens, in einigen Muskeln in der Nähe der Leiste auf und es mufsten mehrfache Operationen vorgenommen werden. In diesem Falle spielt vielleicht auch die Erblichkeit eine Rolle. Der Vater des Patienten wurde nämlich auch wegen Carcinoma penis operiert. *Török-Hamburg.*

Pagets Disease am Scrotum und Penis. Von H. Radcliffe Crocker. (*Transactions of the Pathological Society of London*, 1889.) Die kleine Abhandlung enthält so viel wie die Überschrift verspricht; eine Krankengeschichte nebst mikroskopischem Befund bilden den Inhalt. *Türkheim-Hamburg.*

II. Benigne.

Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut, von Dr. Jadassohn in Breslau. (*Virchows Archiv.* Bd. 121.) Aus den vier von J. veröffentlichten Fällen von multiplen Myomen der Haut geht hervor, dafs die Affektion nicht allein bei älteren Leuten, wie Besnier meint, vorkommt, sondern dafs auch das jugendliche Alter davon nicht verschont bleibt; bei einer Patientin trat die Erkrankung sogar in der allerersten Kindheit auf. Wenn Besnier ferner die Bildung der Tumoren in die tieferen Teile der Cutis verlegt, so glaubt J. aus den Befunden von noch sehr wenig entwickelten Knoten den Nachweis führen zu können, dafs dieselben die tieferen Partieen freiliefsen und nur ganz dicht am Papillarkörper lokalisiert waren. Auffallend war in einem Falle nicht allein ein Stillstand, sondern sogar ein Rückgang der Tumorbildung, ferner das Befallensein von nur weiblichen Individuen und zwar vorzugsweise auf der Streckseite des Armes. Positiv wurde von J. bewiesen, dafs die multiplen Myome der Haut ihren Ursprung von den Arrectores pilorum nehmen. Aus dem histologischen Bilde, welches im ganzen das einfache Bild glattfaseriger Myome darbot, erscheinen nur eigentümliche, meist an den Verlauf der Gefäfse gebundene Rundzellenherde erwähnenswert. *L. Hoffmann-Berlin.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Massage bei Sklerodermа, von Prof. Breda. (*Riv. Veneta di scienze mediche.* Tom. XI. 1889.) Bei einer 36jährigen Patientin, die nach einem langen rheumatischen Leiden an einer diffusen fast über den ganzen Körper sich erstreckenden Eruption von sklerodermatischen Flecken erkrankte, versuchte Verf., nachdem andere Behandlungsmethoden ohne Erfolg geblieben waren, die Anwendung der Massage. Diese dauerte 3 Monate und umfafste 65 Sitzungen von 1—1½ Stunden Dauer. Der Erfolg war ein glänzender; denn alle sklerodermatischen Flecke heilten vollständig, obgleich sie sich schon in den verschiedensten Stadien der Entwickelung befunden hatten. Auch das Allgemeinbefinden der Patientin besserte sich vollkommen.

Tommasoli-Modena.

Seltene Form von diffusem Sklerodern, von Dr. Greco. (*Il progresso med.* No. 19 u. 20. Neapel 1889.) Der hier ausführlich erzählte Fall ist deshalb interessant, weil die Affektion fast den ganzen Körper bedeckte. Die Patientin, welche unter albuminurischen Erscheinungen, unstillbarem Erbrechen, Delirien und hohem Fieber sehr bald starb, war 43 Jahre alt. Sie hat früher lange Zeit hindurch an einem Bandwurm mit bedeutenden gastro-intestinalen Störungen gelitten und war Jahre lang uterusleidend. *Tommasoli-Modena.*

Mifsbildungen.

Dermoid oder Epidermoid, von Felix Franke. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 36.) Chiari hatte bei einer Cyste, welche aus der Hohlhand stammte und Atherombrei enthielt, welche aufserdem mit Papillen versehen war, die Diagnose auf Dermoid gestellt. F. behauptet, dafs diese Diagnose nicht begründet sei. Ähnliche Cysten seien wohl keine Retentionscysten, aber auch keine Dermoide. Sie sind das, was er in einer früheren Arbeit Epidermoide genannt hat, d. h. Geschwülste, welche aus der Proliferation von der Oberfläche losgeschnürter, embryonaler Epithelzapfen entstehen. Die Dermoide hingegen verdanken ihren Ursprung einer Einstülpung des noch nicht differenzierten äufseren Keimblattes oder einer Einstülpung der schon fertig gebildeten Haut mit nachfolgender Losschnürung. Daher finden sich die letzteren nur an Stellen, wo Gelegenheit zu der geforderten Einstülpung gegeben ist (Augen, Mundhöhle, Hals etc.), während die Epidermoide auch an Stellen vorkommen, wo hierfür gar keine Gelegenheit vorhanden ist (z. B. Hohlhand). [Wir glauben, dafs zur Erklärung der Entstehung von mit Papillen versehenen Atheromcysten — und solche sind, wie Ref. in einer demnächst in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* zum Abdruck gelangenden Arbeit nachweist, die meisten — die Annahme der Losschnürung einfacher Epithelzapfen nicht genügt. Wir sind gezwungen, eine Verlagerung sowohl der Epidermis, als dem Corium angehöriger Teile anzunehmen. Dieses, sowie noch andere, vom Ref. am betreffenden Orte angeführte Umstände, lassen es vollkommen berechtigt erscheinen, die Atheromcysten den Dermoiden eng anzureihen. Wir müssen uns daher in der strittigen Frage Chiari anschliefsen. Ref.] *Török-Hamburg.*

Über Naevi pigmentati, ihre beschreibende und mikroskopische Anatomie, Diagnose, Pathogenie und Behandlung, von Hugues. (*Thèse de Paris.* 1890.) Mit Variot nimmt der Verf. 3 Varietäten der Naevi an, nämlich die N. punctiformes, die Pigmentflecke und die Melanodermie oder Nigrities. In allen 3 Formen bleibt die Histologie dieselbe. Die N. N. hypertrophici oder papulosi unterscheiden sich von den vorhergehenden nur durch die Abwesenheit des Pigmentes in der tiefen Schicht der Epidermis und in der oberen der Cutis.

Im allgemeinen schliefsen alle Naevi — umschriebene oder diffuse — im Derma und im Papillarkörper zahlreiche Gruppen ziemlich grofser Zellen ein, von denen die einen gegen die anderen gepreſst sind, so dafs sie beinahe einen epitheloiden Anblick gewähren. An keiner Stelle jedoch stehen diese Elemente in direkter Beziehung zu den Epithelzellen des Epidermisüberzugs, sie scheinen von den fixen Zellen des Bindegewebes abzustammen, welche lokal proliferiert haben würden. Gewisse Zellgruppen sind stark analog dem Gewebe, welches die Neoplasmen bildet, und das kann dann die Ursache der möglichen Umbildung der Naevi in maligne Tumoren sein.

E. Jeanselme-Paris.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Diphtherie des Meatus urinarius. Von F. Tilden Brown. (*Journ. cut. genit.-urin. dis.* Aug. 1890.) Nach einem Hinweis auf die Arbeiten von Jacobi und Lange über diesen Gegenstand beschreibt Verf. den folgenden Fall: Ein 19jähriger Jüngling kam wegen nächtlicher Samenergüsse in seine Behandlung. Neben anderen therapeutischen Mafsregeln wurde die Circumcision des langen phimotischen Präputiums anempfohlen und unter allen nötigen antiseptischen Kautelen ausgeführt. Zwei Tage später zeigte der Patient, der sich zu Hause entgegen ärztlicher Anordnung mit gewöhnlicher, ungereinigter Watte verbunden hatte, am Meatus urinarius eine hahnenkammähnliche Masse, die unter'm Mikroskop alle Eigenschaften (diverse Bacillen) einer diphtherischen Membran aufwies. Die Präputialwunde blieb von der Diphtherie gänzlich verschont und heilte per primam, aber am 5. Tage nach der Operation waren Glans und Meatus von einer neuen Membran völlig überkleidet; letztere konnte am nächsten Tage abgelöst werden und stellte einen vollständigen Ausguſs der Harnröhre dar. Das Allgemeinbefinden war nur mäfsig gestört; Symptome eines Ergriffenseins der Nieren unbedeutend und vorübergehend.

Der Fall wurde der Americ. Ass. of genito-ur. surg. vorgetragen, wobei Dr Taylor mitteilte, mehrere derartige Fälle bei den ärmeren Klassen beobachtet zu haben. *Philippi-Nieheim.*

Über einen Fall von anscheinender Heilung einer Nierencyste durch eine einzige Aspiration. Von A. T. Cabot. (*Journ. cut. et genit.-ur. dis.*, Sept. 1890.) Die Patientin, eine verheiratete Frau, litt seit 9 Jahren an zeitweilig wiederkehrenden Attacken von krampfartigen Schmerzen im Unterleibe, wobei gleichzeitig das Vorhandensein und nachheriges Verschwinden eines ziemlich beträchtlichen Tumors in der rechten Seite des Abdomens konstatiert wurde. Die Diagnose schwankte zwischen Kottumor, Wanderniere mit Hydronephrose und Nierencyste. Zur Zeit, als Verf. die Punktion (von der Lendengegend aus) vornahm, füllte der prallelastische, glatte Tumor die ganze rechte Hälfte des Abdomens aus. Die Punktion entleerte ca. 1½ Liter einer dunkelbraunen, seiner mikroskopischen Beschaffenheit nach cystischen Flüssigkeit. Genesung erfolgte ohne Zwischenfall; 3 Monate nach der Operation hatte sich der Tumor nicht wieder gebildet. *Philippi-Nieheim.*

Über einen Fall von Harnröhrenruptur infolge von Striktur und Heilung der Urininfiltration durch Urethrotomia externa. Von J. Blake White. (*Journ. cut. genit.-ur. dis.*, Sept. 1890.) Der Fall betraf einen 47jährigen Fuhrmann, einen gewohnheitsmäfsigen Trinker, der schon vielfach wegen Harnröhrenstriktur und Urinverhaltung in Behandlung gewesen war. Als Pat. in Whites Behandlung gelangte, zeigte er alle Symptome einer ausgedehnten, fötiden Harninfiltration am Skrotum, Penis, Perineum und in der Ileo-abdominalgegend. In Narkose wurde die Blase sogleich vom Damm aus eröffnet, ausgespült und ein weicher Katheter eingelegt. Hierbei, sowie bei einigen weiteren Incisionen an anderen Stellen entleerte sich viel, höchst übelriechender Eiter. Unter Jodoform- und Holzkohlenverbänden heilte alles gut aus, und Pat. wurde nach einigen Wochen völlig geheilt entlassen. Verf. empfiehlt die Eröffnung und Irrigation der Blase in allen solchen Fällen putrider Harninfiltration als bedeutend radikaler und nicht gefährlicher als die sonst üblichen Incisionen. *Philippi-Nieheim.*

Entfernung des dritten Prostatalappens; vollständige Wiederherstellung der Blasenfunktion. Von F. N. Otis. (*Intern. Centralblatt f. d. Physiol. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane*, Bd. II., pag. 205.)

Ein 52jähriger Mann, der in seiner Jugend eine leichte Urethritis durchgemacht und eine Striktur, die später operiert wurde, davon getragen hatte, litt seit 10—12 Jahren an Urindrang, Schmerzen am Schluſs der Miktion und heftigen Blasenkrämpfen. Extraktion eines Konkrementes. Keine Besserung, sondern Zunahme des Blasenkatarrhs und der -Krämpfe, unwillkürlicher Abgang des Urins. Die Untersuchung der Blase ergab weder Konkremente, noch Vergröſserung der Prostata, dagegen an der linken Seite des Blasengrundes eine dunkle Stelle, welche für eine Blasenfalte gehalten wurde; auſserdem fühlte man am Ende des Cystoskops eine indurierte Stelle, wie sie ein abgekapselter Stein hervorbringt.

Es wurde der explorative Perinealschnitt gemacht, bei dem man eine Vergröſserung des dritten Prostatalappens und einen mandelgroſsen encystierten Stein welcher entfernt wurde, konstatierte. Man bezog die Blasensymptome auf den Stein, und entfernte den hypertrophischen Prostatalappen wegen der geschwächten Konstitution des Patienten nicht.

Die Heilung verlief glatt, doch waren die Blasenkrämpfe nicht gehoben, sondern nur gebessert, der Blasenkatarrh wurde wieder schlimmer, und Patient entschloſs sich zur Entfernung des Prostatalappens, den man als die Ursache der Symptome ansprach. Nachdem man das Allgemeinbefinden des Kranken möglichst gekräftigt, wurde die Sectio alta gemacht und ein mandelgroſser, abgesackter Phosphatstein von der hinteren Blasenwand entfernt. Nach Beleuchtung der Blase war auſser dem Bilde der chronischen Cystitis und dem bereits vorher konstatierten hypertrophischen Prostatalappen nichts Abnormes wahrzunehmen. Es wurde nun der Perinealschnitt gemacht, durch welchen die Schlinge um die Basis des Tumors gelegt, während durch die suprapubische Öffnung die Blase elektrisch beleuchtet wurde. Die Entfernung gelang vollkommen. Die Wunden schlossen sich nach verschiedenen Zwischenfällen und der Patient war geheilt. *P. Taenzer-Bremen.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Beiträge zur Häufigkeit der Tripperkomplikationen beim Manne, von Weber. (Inaugural-Dissertation. Würzburg 1890.) W. benutzte für seine Arbeit das Material der Syphilidoklinik in Würzburg. Vom Jahre 1880 bis 1889 kamen dort 541 Fälle von Urethritis gonorrhoica beim Manne zur Beobachtung, welche W. für seine statistischen Untersuchungen verwerten konnte.

In 5 Fällen wurden periurethrale Infiltrate beobachtet, welche in 3 Fällen zur Abscedirung kamen und zweimal nach innen, einmal nach auſsen durchbrachen. Strikturen kamen nur in 10 Fällen, Epididymitis in 153 Fällen, Cystitis-Pyelitis in 1 Falle, Cystitis allein in 13 Fällen, Bubonen in 9 Fällen, Prostatitis und Rheumatismus articul. in je 7 Fällen, Pyelitis in 2 Fällen vor, also 207 verschiedenartige Komplikationen = 38 %. Die übrigen 62 % von Gonorrhoe kamen ohne jede schwere anderweitige Störung zur Heilung. *Seifert-Würzburg.*

Über Auto-Reinfektion als bisher nicht beachtete Ursache chronischer Gonorrhoe, von Ed. Stern. (*Intern. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u.*

Sexualorgane. Bd. I. S. 382.) Verf. hat eine Gruppe von Fällen vor Augen, in denen die Gonorrhoe ihren typischen Verlauf genommen hat (d. h. die Sekretion hörte gegen die 5. Woche auf und gegen die 6. Woche waren auch die Harnfilamente verschwunden), wo sich jedoch nach einigen Wochen anscheinender Heilung plötzlich wieder ohne neue Infektion ein Bonjourtropfen einstellt. Die Untersuchung dieses Sekretes offenbart die Anwesenheit von Gonokokken. Woher kommen die Gonokokken? Entweder waren noch Gonokokken in der Urethra oder es hat eine Neueinwanderung durch Reinfektion stattgefunden.

Die erste Ansicht wird zurückgewiesen, da überhaupt keine Sekretion mehr vorhanden war. Es kann sich also, da Infectio per coitum absolut ausgeschlossen, nur um eine indirekte Infektion handeln, deren Quelle am eigenen Körper des Kranken zu suchen ist. Bei manchem Individuum bestehen die Gonokokkendepots in präpenalen Blindsäcken oder Fisteln (Urethritis externa Oedmansson); dies sind die selteneren Fälle. Am häufigsten werden die Gonokokken mit dem aus der Urethra ausfliefsenden Eiter über die Glans, den Hodensack und die angrenzenden Oberschenkelteile ausgebreitet, wo sie mit dem Sekret eintrocknen. Auch die Beinkleider und Wäsche werden auf diese Weise infiziert. Die Gonokokken behalten lange Zeit hindurch auch unter Bedingungen, die ihre Vermehrung hindern, ihre Lebensfähigkeit. Durch irgend einen Umstand gelangen sie wieder zur Urethra und rufen eine frische Gonorrhoe hervor.

Deshalb läfst St. täglich 3malige Waschungen der Genitalien und der angrenzenden Partieen mit $^1/_2$%iger Sublimatseife vornehmen, die auch noch 3 Wochen nach Abheilung der Gonorrhoe fortgesetzt werden. *P. Taenzer-Bremen.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Szadek. Zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum thymolo-aceticum Merck. *Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 22.

— Über Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Quecksilbersalicylat. *Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 13.

— Die therapeutische Verwendbarkeit des Jodols in der syphilidologischen Praxis. *Wien. med. Presse.* 1890. No. 8.

— Treatment of Syphilis by internal Use and intramuscular Injections of the Salicylate of Mercure. *Med. and Surg. Reporter.* April 1890.

Lang. Einschränkungen beim Gebrauche des Quecksilbers in der Syphilistherapie. *Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 31.

Spaeth. Zur Kasuistik der Coitusverletzungen. *Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol.* Bd. XIX. Heft 2.

Mibelli. Concetti fondamentali sul compito della dermatologia come specialità e come contribuzione alla medicina generale. *Giorn. it. delle malattie ven. e della pelle.* Juni 1890.

Schütz. *Mikroskopische Karcinombefunde nebst ätiologischen und praktisch verwendbaren diagnostischen Ausblicken.* Frankfurt a/M. 1890. Selbstverlag d. Verf.s

Abraham. National Leprosy Fund. *Journ. of the Leprosy invest. committee.* 1890. No. 1. (London, Macmillan & Co.)

Alapy. Sur la sterilisation en gomme. *Annales des Mal. des org. gén.-ur.* 1890.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 10. 15. November 1890

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut.

Von

P. G. Unna.

VII.

Angioneurosen.

Wir können die Betrachtung der Cirkulationsstörungen nicht verlassen, ohne einen Kreis von Symptomen der eingehendsten Betrachtung zu unterziehen, der in den bisherigen Vorlesungen nur hin und wieder gestreift wurde. Es ist dies das Gebiet der Angioneurosen, ein scheinbar der Dermatologie speciell angehöriges Feld. Ich brauche wohl kaum zu betonen, dafs dies nur scheinbar so ist und dafs uns die betreffenden Affektionen der inneren Organe nur deswegen entgehen, weil sie in vivo dem Auge des Klinikers nicht zugänglich sind und aufserdem zu wenig grobe Störungen hinterlassen, um post mortem das Interesse des Pathologen auf sich zu ziehen. Es ist aber eigentlich selbstverständlich, dafs alle inneren Organe, welche in Bezug auf ihre Ausstattung mit Gefäfsen und Nerven der Haut ähnlich gebaut sind, auch ähnliche krankhafte Symptomgruppen aufweisen müssen, wie es bereits heute von einigen Partien der Respirationsschleimhaut, des Darmtractus und des Centralnervensystems aus klinischen Gründen wahrscheinlich ist. Ich vermute beispielsweise, dafs die meisten Symptomgruppen der vielgestaltigen Nervenkrankheit, die wir heute als Hysterie bezeichnen — gerade ihres transitorischen und springenden Charakters wegen — eine strikte Analogie in den angioneurotischen Prozessen der Haut finden. Deswegen aber ist es Pflicht eines jeden Dermatopathologen, dieses Gebiet mit den besonders reichen klinischen Hülfsmitteln, welche ihm zu Gebote stehen, ernstlich

zu durchforschen. Denn die schliefsliche Gestaltung dieses schwierigen Kapitels wird zweifellos für die entsprechenden noch schwieriger zu bearbeitenden der inneren Medizin und der gesamten Pathologie dermaleinst ausschlaggebend sein. Die besondere Wichtigkeit der hierher gehörigen Zustände entschuldigt es auch, wenn wir hier zum ersten Male von unserer bisherigen anatomischen Kapiteleinteilung abgehen. Denn es sind nicht anatomische Zustände, Resultate von pathologischen Prozessen (wie Anaemie, Oedem, Blutung), deren mannigfachem Werden wir in diesem Kapitel nachgehen, sondern wir wollen auf Grund von vielgestaltigen, in den bisherigen Kapiteln bereits angedeuteten zusammengehörigen Symptomengruppen uns zu einer höheren ätiologischen und klinischen Einheit aufzuschwingen versuchen.

Es ist wiederum ein Hauptverdienst von AUSPITZ, zum ersten Male in seinem „*System*" eine Reihe von Hautaffektionen unter dem Namen Angioneurotische Dermatosen von den einfachen Entzündungsprozessen der Haut definitiv abgetrennt und diese Klasse in klarerer Weise, als es bis dahin je geschehen war, definiert zu haben. Es ist jetzt ein weit leichteres Unternehmen, als es vor dem Erscheinen seines „*Systems*" war, auf diesem wohlgefügten Grunde weiterzuarbeiten, und es schmälert das Verdienst von AUSPITZ in keiner Weise, wenn wir heute schon manchen Baustein aus jenem anregenden und fruchtbaren Teile seiner Arbeit wieder entfernen müssen.

Die ersten Worte, mit denen AUSPITZ die Notwendigkeit begründet, eine eigene Klasse von „angioneurotischen Dermatosen" aufzustellen, setze ich zunächst hierher; sie bilden die Grundlage unserer Besprechung (pag. 41).

„Andererseits läfst sich jedoch auch leicht erkennen, dafs eine Reihe von Vorgängen an der Haut, welche den Charakter entzündlicher Wallung an sich tragen sich durch ein Merkmal von den anderen absondert, welches so tiefgreifend erscheint, dafs es den hierher gehörigen Krankheitsformen ein ganz eigentümliches Gepräge verleiht. Dieses Merkmal ist eine von dem rein lokalen, fluxionären Vorgang unabhängige, jedoch ihn bisweilen komplizierende, stärkere Beteiligung und Veränderung des Gefäfstonus.

Veränderungen im Gefäfstonus stellen sich freilich bei durch Entzündungsreize hervorgerufenen Wallungen ebenfalls ein; ja solche Wallungen können ohne aktive oder passive Erregung der Gefäfsmuskulatur im Bereiche des entzündeten Teiles und um denselben garnicht zu stande kommen. Und weiterhin ist nicht zu vergessen, dafs im Gefolge und während des Verlaufes der Entzündungsprozesse sich Alterationen des Gefäfstonus leicht entwickeln und in chronischen Störungen der Cirkulation und der Aufsaugung Ausdruck finden können.

Allein die Veränderung des Gefäfstonus, von welcher hier die Rede ist, zeichnet sich erstens durch ihre relative Unabhängigkeit vom entzündlichen Vorgange, zweiten,- durch ihren direkten und fortwährend zu Tage tretenden Zusammenhang mit dem ihr zu Grunde liegenden ätiologischen Momente und drittens durch ihre über die Wirkungsstelle des Reizes hinausreichende Bethätigung aus. Das ätiologische Moment

nämlich, welches sich in allen hierher gehörenden Erkrankungen der Haut ziemlich scharf reflektiert, trägt den eigentümlichen Charakter eines auf den Stoffwechsel giftig einwirkenden Agens, und seine Wirkung läfst sich durchgängig in das Gebiet der Vergiftungserscheinungen einbeziehen. Hiermit ist zugleich gesagt, dafs es sich um eine von einem bestimmten Mittelpunkte strahlenförmig ausgehende oder wenigstens um eine in wiederkehrenden und wiederholten Angriffen auf die Peripherie einwirkende Reizwirkung handeln müsse, welche keineswegs an den Ort der Reizapplikation allein gebunden ist. Die hierher gehörenden Hautaffektionen entsprechen sämtlich der nachfolgenden nosologischen Vorstellung: Ein auf welchen Punkt des Organismus immer einwirkender eigentümlicher Reiz wirkt auf ein Centrum von Gefäfsnervenausbreitungen in der Haut entweder direkt oder auf reflektorischem Wege dergestalt ein, dafs eine Änderung im Tonus der ihnen angehörigen Gefäfszweige eintritt. Ob dieses „Centrum" mit einem der grofsen, im verlängerten oder Rückenmark gelegenen vasomotorischen Centren zusammenfalle, oder ob es an der Peripherie etwa in kleinen gangliösen Nervenelementen der Gefäfswände selbst oder ihrer Umgebung mit mehr Wahrscheinlichkeit zu suchen sei, läfst sich im allgemeinen schwer entscheiden. Desgleichen läfst sich die Frage nicht bestimmt beantworten, ob nicht das Gift, indem es im Blute und den Geweben kreist, direkt den Reiz den peripherischen Gefäfsnervenausbreitungen selber zuführe, also ohne Vermittelung eines nervösen Centrums.

Ebenso schwierig endlich ist heute noch die Erledigung der Frage, ob es sich bei jenen Störungen des Tonus der Gefäfswände um Reizungs- oder Lähmungserscheinungen handle. Nach dem heutigen Stande der Lehre von den Gefäfsnerven können wir nicht zweifeln, dafs sowohl Vasodilatatoren als Vasokonstriktoren in den Hauptgefäfswänden wirksam sind, und dafs somit eine Reizung der Dilatatoren denselben Zweck erreichen könne, wie eine Lähmung der Konstriktoren, nämlich Gefäfserweiterung. Das Umgekehrte gilt für jene Formen von vasomotorischer Störung, welche sich als Gefäfsverengerung darstellen. Da die erste Reihe ihrem klinischen Bilde nach mehr dem Bilde der arteriellen aktiven Fluxion, die zweite Reihe jenem der passiven Kongestion zu entsprechen scheint und zugleich das Gepräge einer krampfartigen Zusammenziehung von Gefäfspartieen an sich trägt, wie wir dies bei der Urtricaria besonders ausgeprägt sehen, — so dürfte die Hypothese nicht allzu gewagt sein, dafs es sich bei der ersten Reihe um Reizwirkung auf die Dilatatoren eventuell Lähmung der Konstriktoren, bei der zweiten Reihe um Reizung der Konstriktoren eventuell Lähmung der Dilatatoren handle. Es ist jedoch notwendig beizufügen, dafs häufig genug beide Formen, Erweiterung und Verengerung der Gefäfslumina, an denselben Gefäfsen und an verschiedenen Strecken derselben und nicht selten eine Form als Rückschlag der anderen gleichzeitig beobachtet werden, also beide Arten von Gefäfsnerven und beide Formen von Muskelaktion an den Gefäfswänden gleichzeitig in Aktion treten können. Dafs übrigens auch die Kontraktilität der Kapillaren und ihre Unterordnung unter eine vasomotorische Innervation kaum zu bezweifeln ist, mag schliefslich in Betrachtung gezogen werden.

Wir glauben nach dem Gesagten berechtigt zu sein, die grofse Anzahl der rein fluxionären Prozesse auf der Haut mit ihrem blofs dem lokalen Fluxionsvorgange entsprechenden Verlaufe von den zuletzt genannten Formen zu trennen, aus den ersten die erste Klasse unseres Systems:

Einfache Entzündungsprozesse der Haut (Dermatitides simplices)

mit der Definition: Dermatosen mit dem Charakter der einfach entzündlichen Wallung und aus der zweiten die zweite Klasse:

mit der Definition: Dermatosen mit dem Charakter allgemeiner oder ausgedehnter Störung des Gefäfstonus neben entzündlicher Wallung an der Hautoberfläche — zu bilden."[1]

Mir erscheint als das Wichtigste in dieser Auseinandersetzung, dafs AUSPITZ die Veränderung des Gefäfstonus als unabhängig von dem lokalen Entzündungsprozesse hinstellt und ihn dagegen abhängig erklärt von einer auf Gefäfsnervencentren einwirkenden Schädlichkeit, dafs also nach ihm die Lokalisationen in der Haut in jedem einzelnen Falle aus zwei differenten Quellen herzuleiten sind: aus der Nervenstörung und der lokalen Hautschädigung.

Gerade in modernem Sinne, d. h. mit Berücksichtigung der ätiologisch richtigeren Auffassung des Wesens der Infektion müssen wir diese zwei Seiten der Hautaffektion so scharf wie möglich zu trennen versuchen, die

---

[1] AUSPITZ, pag. 245:

Zweite Klasse.

Angioneurotische Dermatosen.

Dermatosen mit dem Charakter einer ausgedehnten Störung des Gefäfstonus neben mehr oder weniger ausgeprägter entzündlicher Wallung an der Hautoberfläche.

I. Familie. Infektiöse Angioneurosen der Haut (akute Exantheme, Eruptionsfieber).

1. Mit vorwaltend katarrhalischem Charakter:
   - Erythematöse Exantheme:
     - Roseola ex Typho,
       ex Cholera etc.,
     - Scarlatina.
   - Papulöse Exantheme:
     - Rubeola,
     - Morbilli.
   - Vesiculo-pustulöse Exantheme:
     - Varicella infantum,
     - Vaccina,
     - Miliaria crystallina.
2. Mit vorwaltend phlegmonösem (diphtheritischem) Charakter der Hautentzündung:
   - Variola,
   - Maliasmus (Rotzkarbunkel),
   - Pustula maligna (Milzbrandkarbunkel).

II. Familie. Toxische Angioneurosen der Haut (akute Exantheme u. s. w.).

1. Mit vorwaltender entzündlicher Wallung:
   - Erythanthema toxicum.
     - Varietäten:
       - maculo-papulöse Formen: Erythema toxicum, Pellagra, Acrodynia,
       - vesikulöse und bullöse Formen: Herpes, Pemphigus et Eczema toxicum,
       - pustulöse Formen: Furunculi et Ecthyma toxicum,
       - hämorrhagische Form: Purpura toxica.
2. Mit vorwaltendem Krampf der Hautgefäfse:
   - Urticaria toxica.
3. Mit Gefäfsverstopfung und dem Ausgang in Nekrose:
   - Ergotismus.

einfache Unterordnung eines Exanthems unter die Angioneurosen, wie es lange Zeit beliebt war, genügt noch in keinem einzigen Falle. An der Hand dieser präciseren Fragestellung erst klärt sich das grofse Gebiet der mehr oder minder hierher gehörigen Dermatosen, die wir alsbald im einzelnen näher betrachten wollen. Dieselbe Unterscheidung zwischen verschieden gearteten Ursachen desselben Exanthems wird uns freilich auch dazu führen, manche der von AUSPITZ selbst hierher gezählten Dermatosen wiederum auszuschliefsen und anderen Gruppen zuzuweisen.

Wie nun die Alteration des Gefäfstonus sich mit der lokalen Entzündung kombiniert und in den entzündlichen Prozefs eingreift, darüber hat auch AUSPITZ sich keine genauen Vorstellungen gemacht. Die oben von ihm angeführten Sätze zeigen, dafs AUSPITZ über jenes Dilemma, welches ich schon in dem Kapitel II als ein ganz allgemeines hinstellte, garnicht hinweggekommen ist. Er hebt mit Recht hervor, dafs jede Entzündung an und für sich bereits Veränderungen des Gefäfstonus mit sich bringt, und betont eben deswegen die aus anderer Quelle stammende superponierte und allgemeiner verbreitete Gefäfsneurose. Aber das enthebt uns keineswegs der Notwendigkeit, uns die Art des Eingriffs der Neurose in den Entzündungsprozefs von Fall zu Fall klar zu machen, um so mehr als die ungemeine Verschiedenartigkeit der betreffenden Exantheme auf sehr verschiedene Kombinationen der zweierlei Ursachen zurückschliefsen läfst. Und weiter haben wir es in einer grofsen Reihe von Fällen nicht mit einer weitverbreiteten Neurose und einer örtlich beschränkten Entzündung der Haut, wie es nach AUSPITZ als Regel scheinen könnte, zu thun, sondern genau in denselben kleinen Gefäfsbezirken und in zeitlich genau parallelem Verlauf tritt die Angioneurose und Hautentzündung auf, z. B. bei dem typischen HEBRAschen Erythema multiforme des Hand-

---

III. Familie. Essentielle (idiopathische, diathetische) Angioneurosen der Haut.

1. **Mit vorwaltender entzündlicher Wallung:**
   Erythanthema essentiale.
   Varietäten:
   maculo-papulöse Formen:
   α. oberflächlich: Erythema multiforme, papulatum, circinatum, Iris, annulatum,
   β. tiefliegend: Erythema nodosum;
   vesikulöse, bullöse und pustulöse Formen:
   Herpes circinatus, Iris annulatus,
   Herpes phlyctaenoides,
   Herpes impetiginosus (Impetigo herpetiformis),
   ekzematöse und pemphigoide Efflorescenzen auf angioneurotischer Grundlage, bei Hysterischen u. dgl.
   hämorrhagische Form: Purpura (Peliosis) rheumatica.
2. **Mit vorwaltendem Krampf der Hautgefäfse:**
   Cnidosis (Urticaria essentialis, chronica).
3. **Mit Gefäfserweiterung und Neubildung von Gefäfsen:**
   Erythema angiectaticum (Acne rosacea).

rückens. Wir müssen also annehmen, dafs hier der Reiz, das specifisch wirkende Agens in der Haut selbst an diesen Orten lokalisiert ist und hier zur selben Zeit eine begrenzte Entzündung und eine ebenso begrenzte Angioneurose hervorruft.

Eine solche Doppelwirkung sich in ihrem Ablaufe zu denken hat allerdings eine grofse Schwierigkeit, so lange man, wie AUSPITZ es noch thut, nur mit den Begriffen einer Reizung oder Lähmung der Vasodilatoren oder Vasokonstriktoren operiert. Wir wissen, dafs bei jeder Entzündung zunächst ein gewisser Grad von arterieller Gefäfslähmung auftritt und dafs sich dem verringerten Widerstande entsprechend die Kapillaren bedeutend erweitert, blutüberfüllt zeigen. Beweis dafür ist die konstante, jede Art von Entzündung einleitende Hyperämie. Wir wissen weiter sehr gut, wie die einfachsten Reize auf die Vasokonstriktoren und Vasodilatatoren, z. B. Kälte- und Wärmereize, auf entzündete Hautpartieen wirken. Wenn es gelingt, durch starke Kälteeinwirkung die arterielle Lähmung zu überwinden und den Gefäfsbezirk blutarm zu machen, so kann unter Umständen die entzündliche Reizung inzwischen verschwinden, die Vasokonstriktur also zur raschen Beseitigung der Entzündung führen. Meistens gelingt dieses allerdings nicht, es kommt nur zu einem langsameren Ablaufe der Entzündung mit weniger heftig ausgeprägten Symptomen. In keinem Falle gelingt es aber, ein einfaches entzündliches Erythem in ein multiformes Erythem durch Reizung der Vasokonstriktoren zu verwandeln. Die einzige Modifikation der Entzündung, welche man hierbei hin und wieder beobachtet, ist das stärkere Hervortreten des entzündlichen Oedems. Ebenso viele Versuche aus der Praxis und der experimentellen Therapie liegen über den Einfluſs einfacher Vasodilatation auf entzündete Hautbezirke vor. Diese Versuche haben ergeben, dafs eine auf die arterielle Parese künstlich superponierte Gefäfslähmung, z. B. durch Hitze, wobei die Vasodilatation maximale Werte erreicht, meist einen leicht modifizierenden, günstigen Einfluſs auf den Ablauf der Entzündung besitzt, indem die letztere rascher und schmerzloser zu verlaufen pflegt. In anderen Fällen steigert jedoch die künstliche Gefäfslähmung sämtliche Entzündungssymptome. Aber auch hier gelingt es keineswegs, den Typus der gewöhnlichen Entzündung auch nur an beschränkten Stellen umzuwandeln in den eines knotigen oder multiformen Erythems, einer Urticaria.

AUSPITZ hat auch wohl eingesehen, dafs die gleichmäfsige Hinzufügung irgend einer Krampf- oder Lähmungsform zu dem Bilde der gewöhnlichen Dermatitis noch durchaus nicht die Eigenart des Bildes bei den entzündlichen Angioneurosen erklärt. Er findet es deshalb notwendig hinzuzufügen, dafs beide Abweichungen von der Norm häufig „an denselben Gefäfsen und verschiedenen Strecken derselben“ gleichzeitig beobachtet werden. Aber abgesehen davon, dafs diese Hypothese ziemlich

willkürlich und wohl kaum in Anlehnung an bekannte physiologische Thatsachen gewählt ist, so würde sie uns doch noch nicht ein einziges hierher gehöriges Krankheitsbild im Detail zu erklären imstande sein. Sie ist also noch weit davon entfernt, als eine Theorie gelten zu können; eine solche für alle Angioneurosen insgesamt existiert bisher überhaupt nicht.

Und doch haben wir schon in den früheren Kapiteln für einige specielle Formen von Angioneurosen und zwar sowohl für reine Angioneurosen (Urticaria, QUINCKES Ödem) wie für entzündliche Angioneurosen (Pernio) eine theoretische Erklärung gefunden, die sich mit gewissen Modifikationen auch auf alle Angioneurosen sehr gut übertragen läfst. Bei der anscheinenden Unmöglichkeit, wie sie bisher vorliegt, die Nervenfasern der Hautgefäfse isoliert zu reizen oder zu lähmen, müssen wir uns vorderhand an klinischen Beweisen für die daraus entspringende Theorie genügen lassen. Je einfacher die Erklärung ausfällt und je mehr Licht und Ordnung durch die Theorie in das bisherige Chaos von Thatsachen und Ansichten geworfen wird, desto gröfsere Wahrscheinlichkeit, Überzeugungskraft und Fruchtbarkeit wird ihr innewohnen.

Die dort von mir für einzelne Angioneurosen aufgestellte Theorie lautet folgendermafsen: Ein jedes Mifsverhältnis in dem Kontraktionszustande der Hautarterien und Hautvenen, welches die auf dem Venenwege zurückkehrende Blutmenge einschränkt, führt zu einem spastischen Ödem der Haut. Die einfachsten Typen für diesen Fall liefern die Urticariaarten. Gerade diese Affektionen habe ich schon in dem Kapitel Ödem im angedeuteten Sinne besprochen. Wie werden hier zu zeigen haben, dafs eine sehr grofse Reihe von bisher in wenig geeigneter Weise klassifizierten Dermatosen sich dieser Gruppe von Angioneurosen anschliefsen, nämlich eine grofse Zahl der Arzneiexantheme, eine Reihe infektiöser Erytheme und die meisten reflektorisch erzeugten papulösen und papulo-bullösen Dermatosen, endlich einige selbständige Hautkrankheiten unbekannter Ätiologie, welche dem Erythema multiforme, dem Erythema nodosum und der Urticaria nahe stehen.

Es kann von vornherein auffallend erscheinen, dafs ich einem einzigen pathologischen Faktor, nämlich der Incoordination im Tonus der Gefäfse und zwar speciell dem Überwiegen des Venentonus die dominierende Rolle in der Ätiologie einer so grofsen Anzahl von Dermatosen zuschreibe. Man bedenke aber Folgendes:

Der augenblickliche Kontraktionszustand eines jeden Gefäfses hängt stets von zwei Momenten ab, von der Intensität der Muskelspannung und von dem auf dem Gefäfse lastenden Blutdrucke. An den ungemein muskelreichen Hautarterien findet fortwährend die gegenseitige Vernichtung des Effektes einer bedeutenden Muskelaktion einerseits und des vollen un-

geschwächten Blutdruckes andererseits statt. Ein Impuls von gegebener Stärke, welcher geeignet ist, den Arterientonus um ein Bedeutendes zu erhöhen, wird in Wirklichkeit die Arterienlichtung nur um einen viel geringeren Bruchteil verengern, erstens weil er den bisherigen Blutdruck zu überwinden hat und zweitens weil er — wie wir im Kapitel IV, pag. 364 gesehen — bei gröfserer Ausbreitung dieses Vorganges noch reflektorisch zur Erhöhung des Blutdruckes beiträgt. Ein Impuls von gleicher Stärke wird die Lichtung der Hautvenen erheblich mehr verengern und zwar in demselben Mafse, als der Blutdruck in den Venenanfängen niedriger ist als in den Hautarterien. Wenn zugleich unter physiologischen Verhältnissen ein Impuls zur Verstärkung oder Abschwächung des Gefäfstonus der Haut central abgegeben wird, so mufs derselbe stets an den Hautarterien eine geringere Kaliberschwankung bewirken, als an den Hautvenen und diese Differenz ist anatomisch ebenso begründet wie physiologisch notwendig, da die Hautvenen einen ungemein viel weiteres Lumen besitzen, als die Hautarterien, ihre Querschnittsänderung also einen viel geringeren Effekt relativ zur Gesamtblutmenge repräsentiert. Wir haben nicht den geringsten Grund anzunehmen, dafs die Impulse für das Hautarteriensystem und Venensystem gesondert abgegeben werden, dafs die Centren oder die Bahnen für beide nervöse Vorgänge verschiedene seien. Im Gegenteil wissen wir, dafs die Gefäfse sich stets der passiv verringerten Blutmenge anpassen und dafs daher bei verringerter Zufuhr von den bereits kontrahierten Arterien her die Hautvenen sich ohne weiteres ihrem verringerten Blutgehalte anbequemen. Und weiter wissen wir speciell von der Haut, dafs die physiologischen Wallungen niemals von Ödem oder Cyanose begleitet sind, also die Blutüberschwemmung der arteriellen Kapillaren für gewöhnlich durch anstandslosen Rückfluſs in den relativ weiten Hautvenen ausgeglichen wird. Der stärkere Blutdruck im venösen System genügt also, um die Venen in entsprechendem Mafse auszudehnen und die vermehrte Blutmenge in gröfserer Schnelligkeit abzuführen. Für diese alltäglichen Vorgänge scheint mir die Annahme einer besonderen Nervenbahn zwischen Arterien und Venen nicht notwendig zu sein und ich habe deshalb im oben gegebenen Schema auch keine dafür vorgesehen.

Hier stehen wir nun zum ersten Male vor einer offenbaren Inkoordination in den Funktionen des arteriellen und venösen Systemes und es entsteht die Frage, ob wir auch hier noch mit dem möglichst einfach gewählten Schema der Hautphysiologie auskommen oder ob diese pathologischen Vorkommnisse uns zwingen, einen nervösen Konnex zwischen Hautarterien und Hautvenen zu supponieren, der unter Umständen seine Dienste versagt und dadurch die Erscheinung der Angioneurosen hervorruft.

Sehen wir uns die hier in Betracht kommenden Fälle genau an, so bemerken wir, dafs es sich lediglich um solche Angioneurosen dabei handeln kann, deren Effloreszenzen sich auf erythematöser Basis bilden. Denn die rein anämischen Angioneurosen, wie die RAYNAUDsche Krankheit, würden natürlich nie zu einer Insufficienz des venösen Abflusses führen können. Es geht also bei den hierher gehörigen Angioneurosen der charakteristischen Effloreszenz eine mehr oder weniger ausgeprägte arterielle Lähmung voran, die in manchen Fällen auf der Stufe einer einfachen Wallungshyperämie bleibt, in anderen zur entzündlichen Hyperämie sich steigert oder von vornherein entzündlicher Natur ist. In allen Fällen besteht nun das charakteristische Element der Angioneurose darin, dafs die Blutüberfüllung des Kapillarsystems nicht in der normalen Weise durch eine adaequate Kaliberschwankung der Hautvenen und eine einfache Strombeschleunigung ausgeglichen wird, sondern eine Hemmung erfährt.

Die vermifste Adaptierung des venösen Systems beruht also stets auf einer mangelnden Nachgiebigkeit des venösen Tonus einem von den Kapillaren her erhöhten Blutdrucke und Blutandrange gegenüber. Dieses Element ist das einzige, welches einer Erklärung durch die Theorie bedarf, für diese Erscheinung müfsten wir uns auch eventuell die Hypothese eines Antagonismus zwischen den Arteriomotoren und Venomotoren gefallen lassen. Ich glaube jedoch, dafs man dieser Hypothese entraten kann und denke mir in genauer Anlehnung an das, was wir bei diesen Angioneurosen klinisch beobachten können, den ganzen Vorgang folgendermafsen:

Zuerst tritt stets eine lokale Hyperämie von der Gröfse eines Flächenelementes oder einer Gruppe solcher oder bestimmter Teile des Collateralnetzes in Gestalt von Ringen auf, die durch ihr gewöhnlich symmetrisches Erscheinen auf die Entstehung durch einen Reiz centraler Ganglien hinweisen. Diese hyperämischen Flecke können lange Zeit als solche bestehen und als solche auch wieder vergehen. Ein grofser Teil der hierher gehörigen Angioneurosen zeigt solche Effloreszenzen überall, wo es zu einer nur abortiven Ausbildung kommt. Dieses erste Stadium ist als angioneurotisches für sich allein noch nicht mit Sicherheit zu erkennen, nur die Form weist darauf hin. Nach kürzerer oder längerer Zeit wird aber aus diesem Flecke durch Anschwellung der Cutis ein Erythema papulatum. Zu gleicher Zeit wandelt sich die Farbe in eine karminrote oder noch mehr bläulichrote, cyanotische um. Jetzt ist ein spastisches Hindernis der Blutabfuhr hinzugetreten und die Venen bewältigen nicht mehr so wie im Anfange die ihnen zuströmenden Blutmengen.

Ich denke nun, dafs es da wirklich nahe genug liegt, eine be-

sondere Reizbarkeit der (venösen) Gefäfsmuskeln vorauszusetzen, welche dem stärkeren Blutdruck gegenüber auf diese unzweckmäfsige Weise reagieren. In den meisten hierher gehörigen Fällen (ausgenommen sind nur die infektiösen Erytheme) handelt es sich um blutarme, neurasthenische oder sonstwie neuropathisch veranlagte Individuen, bei denen auch leicht Muskelspasmen anderer Art auslösbar sind. Natürlich wäre es wiederum eigentümlich und würde dieser Anschauung keinen Vorschub leisten, wenn wir gezwungen wären, nur die venösen Gefäfswandungen mit einer abnorm leichten Reaktionsfähigkeit auf Blutdruckschwankungen auszustatten. Aber wir können getrost diese Eigenschaft dem gesamten Gefäfssystem zuschreiben, eine Annahme, die jedenfalls viel mehr innere Wahrscheinlichkeit für sich hat. Unter den soeben geschilderten Umständen kommt es aber nicht zu einem reaktiven Arterienspasmus, weil der weit gröfsere arterielle Blutdruck auf den vom Centrum her paretisch gemachten Arterien lastet, welcher die bei diesen ebenfalls vorhandene Neigung zum Idiospasmus überwindet. Es kann sich die allgemeine, abnorme Reizbarkeit der Gefäfse bei diesen Individuen nur dort äufsern, wo eine stärkere Inanspruchnahme derselben stattfindet, ohne dafs gleichzeitig ein allzu hoher Blutdruck den Eintritt der Erscheinung verhindert. Diese Bedingungen sind aber nur an den Hautvenen, nicht an den Hautarterien erfüllt.

Die „Hemmung", die das Charakteristicum der fluxionären Angioneurosen ausmacht, liegt also nach meiner Meinung in einer Neigung des gesamten Gefäfssystems der Haut, auf einen Reiz wie den stärkeren Blutdruck ungewöhnlich rasch und intensiv mit stärkerem Muskeltonus zu antworten.

Die Inkoordination des arteriellen und venösen Systems ist also von vornherein garnicht mit dem Wesen des zu Grunde liegenden neuropathischen Elementes verknüpft. Es tritt aber im Ablaufe des Prozesses jedesmal hervor, weil der Blutdruck eine wesentliche Rolle bei der Kalibrierung der Gefäfse spielt und weil derselbe für das arterielle und venöse System in der Haut ein ungemein verschiedener ist.

Somit hat unsere Betrachtung schliefslich zu einem ganz einheitlichen, durchsichtigen pathologischen Element geführt, welches man kurzweg als hochgradige Irritabilität der Gefäfsmuskulatur der Haut bezeichnen kann, und welches eine grofse Reihe von entzündlichen und nicht entzündlichen Angioneurosen einem besseren Verständnisse erschliefst, indem es eine gemeinschaftliche Basis aller kennen lehrt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Zwei Fälle von Pemphigus vegetans (Neumann) [Erythema bullosum vegetans Unna].

Von

Dr. C. Müller,
aus St. Gallen.

Mit Tafel VI und VII.

Der Name Pemphigus vegetans wurde durch J. Neumann in die Dermatologie eingeführt. Bis jetzt sind uns aus der Litteratur 22 Fälle bekannt, welche aber unter sich in zahlreichen Punkten eine nur mangelhafte Übereinstimmung zeigen, so dafs sich uns die Frage aufdrängt, ob wir berechtigt seien, dieselben alle als zu einer Krankheit gehörend aufzufassen. Es wird demnach unsere Aufgabe sein, das gesamte, uns zur Disposition stehende Material kritisch durchzugehen und durch Hervorhebung einiger unter sich vollständig übereinstimmender Krankheitsbilder zu sichten.

Am meisten charakteristisch ist nun ein Fall von Neumann, den er in seiner Abhandlung über *Pemphigus veg.*[1] als Nr. III. anführt. Da derselbe gewissermafsen einen Typus repräsentiert, so führe ich ihn hier in extenso an. Neumann schreibt: „Ende Januar 1875 wurde ich von dem Pädiater Herrn Prof. Politzer wegen eines Hautleidens der Frau B. zu Rate gezogen. Die Kranke war vorher gesund. Das Hautleiden bestand seit Ende November 1874. Zuerst hatten sich an der Haut der rechten Achselhöhle einzeln stehende Blasen entwickelt, aus denen sich die Epidermis bald ablöste, welche trotz Applikation von Salben und trotz Ätzungen mit Lapis nicht zur Überhäutung gelangten. Die Kranke war etwa 31 Jahre alt, kräftig entwickelt, gut genährt, klagte nur über Beschwerden bei den Schlingbewegungen.

Als ich dieselbe das erste Mal sah, fand ich in der rechten Achsel eine über thalergrofse, dunkelrot gefärbte, von der Epidermis entblöfste Stelle, deren drusig unebene Oberfläche sich etwas über das Niveau der Umgebung abhob, von Furchen durchzogen erschien und eine dünne seröse Flüssigkeit absonderte. Schon in der ersten Woche der Beobach-

[1] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1886. pag. 157, 197.

tung nahmen die Wucherungen zu, so dafs sie bereits fast 2 cm hervorragten. Trotz Bepinselungen mit Solut. Plenckii, trotz intensiven Ätzungen mit Kali caustic. (1 : 2) traten die Excrescenzen immer mehr hervor. Bald wurde auch das Epithel der Unterlippenschleimhaut in Form von flachen Blasen emporgehoben, deren Inhalt rasch vertrocknete; nach Entfernung der Borke zeigte sich eine mit einem weifsen, fest haftenden Belege bedeckte Stelle. Die Zahl der Efflorescenzen an der Schleimhaut der Lippen, der Mund- und Rachenhöhle vermehrte sich derart, dafs die Nahrungsaufnahme sehr erschwert wurde; die Kranke konnte nur mehr Flüssiges geniefsen; die Temperatur der Haut war normal, Entleerungen regelmäfsig, die Menses spärlich, der Harn frei von Eiweifs. Da im weiteren Verlaufe die Wucherungen in der Achsel trotz aller Ätzungen nicht wichen und der kondylomatöse Charakter immer mehr hervortrat und der specifische Charakter nahezu zur Gewifsheit zu werden schien, als die Neubildungen sich überhäuteten, konnte der Familie nach unseren damaligen Kenntnissen über die Krankheit die Diagnose der Syphilis nicht länger verschwiegen werden, obzwar die Untersuchung des Gatten keine Anhaltspunkte für dieselben dargeboten.

Am 8. Februar bemerkte ich zum ersten Male am rechten Oberarm in geringer Entfernung an der Achsel eine wallnufsgrofse, prallgespannte, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blase, und um dieselbe vier linsengrofse Blasen von derselben Beschaffenheit. Die Blasen entleerten sich schon am nächsten Tage spontan, und es erschien eine flache, dunkelrot gefärbte Exkoriation an ihrer Stelle, die durch die Reste der noch anhaftenden Epidermishülle begrenzt war. Nach 6 Tagen sah man bereits im Centrum der exkoriierten Stellen linsengrofse, erhabene, gleichzeitig überhäutete Wucherungen nach Art der Condylomata lata gebildet, die sich im Höhen- wie im Breitendurchmesser weit ausdehnten, während an der Peripherie der Epidermis auch seröses Exsudat in Form von geschlängelten Linien emporgehoben wurde. Eine Woche später zeigten sich einige gleich grofse Wucherungen an der Bauchwand und in der Inguinalfalte, gleichwie an den grofsen Labien. Gleichen Schritt mit den Efflorescenzen an der äufseren Haut hielten in ihrer Entwickelung die an den Schleimhäuten; nur waren hier die verursachten Beschwerden viel gröfser und traten schon nach der leichtesten Ätzung der mit diphtheritischem Belege bedeckten Stellen starke Schwellung der Lippen auf, so dafs hier nur von einfachen Fetten Gebrauch gemacht werden konnte. Die nun in Anwendung gezogenen antisyphilitischen Mittel: Jodkali, Protojoduretum hydrargyri, Decoct. Zittmanni, blieben ohne Einflufs auf die Entwickelung und den Verlauf der Efflorescenzen.

Da mir aus eigener Erfahrung an der dermatologischen Klinik nur 2 ähnliche Fälle erinnerlich waren, bei denen die Diagnose Syphilis

cutanea vegetans gestellt wurde und welche lethal geendet hatten, nahm ich keinen Anstand, die Umgebung der Kranken auf die gefährliche Natur des Leidens, auf den wahrscheinlichen tötlichen Ausgang aufmerksam zu machen. Der zu Rate gezogene Prof. HEBRA nannte sofort beim Anblick der Patientin die Namen der oben erwähnten Kranken. Wir glaubten unserer Sache auch in diesem Falle sicher zu sein, und die Krankheit als Framboësia syphilitica oder Syphilis cutanea vegetans bezeichnen zu müssen. Die gleiche Therapie sollte fortgesetzt werden, und wurden aufser dem Gebrauch von Decoct. Zittmanni, Einstreuungen mit Alumen crudum auf die nässenden Stellen in Anwendung gezogen. Doch blieb die ganze Behandlung ohne Einflufs; die Kranke begann kontinuierlich zu fiebern, und das Krankheitsbild änderte sich nun in eigentümlicher Weise. Während im weiteren Verlaufe nur noch einige ältere Stellen an der Bauchwand und am Vorderarm im Centrum kondylomatöse Wucherungen enthielten, stellten die neuen Efflorescenzen das reinste Bild des Pemphigus vulgaris dar. In diesem Stadium wurde die Kranke auch von Prof. BAMBERGER gesehen. Dieselben waren halbkugelig, erbsen- bis haselnufsgrofs, ihr Inhalt gummiartig. Die meisten befanden sich an der Brust- und Bauchwand, am Rücken, einzelne an der linken Achselhaut, an vielen Stellen konfluierend, und indem die Epidermis sich ablöste, lagen gröfsere Wundflächen zutage, etwa wie bei einer Verbrennung zweiten Grades. Der Schmerz war grofs, Appetit fehlte vollständig und selbst flüssige Nahrung konnte wegen Schmerzhaftigkeit der Mundschleimhaut nur mittelst eines Glasrohrs genommen werden. Da auch die Nasenschleimhaut mit Blasen besetzt war, konnte die Kranke nur mit offenem Munde atmen, daher waren die Lippen trocken, mit diphtheritischen Membranen belegt, an ihren Winkeln entstanden tiefgreifende Rhagaden, die Schleimhaut der Wangen, der Zunge und des Rachens waren überdies mit trockenen Borken und weifsgefärbtem Exsudate bedeckt. An den Augenlidern zahlreiche Blasen, die Conjunctiva palpebrarum et bulbi injiziert, eiteriges Sekret abscheidend. Singultus und häufiges Erbrechen stellten sich nun ein; die ausgeschiedene Harnmenge war gering. Die Luft im Krankenzimmer hatte einen penetranten Geruch nach Ammoniak angenommen, der trotz sorgfältiger Ventilation und der gröfsten Reinlichkeit nicht zu beseitigen war.

Am 22. März wurde die Kranke, da die meisten Hautpartieen exkoriiert waren und alle Verbandmittel den übelriechenden Eiter nicht rasch genug entfernen konnten, in ein bequem eingerichtetes Wannenbad von 29 ° R. gebracht, dem ich eine Sublimatlösung von 10 : 400 Wasser zugesetzt hatte. Die Kranke nahm diese Bäder bald ohne weiteren Zusatz, anfangs durch 3, später durch 8 Stunden täglich. In Salicylsäure getauchte Baumwolle schien am besten den penetranten Geruch von den

Wunden zu beseitigen. Die später entwickelten Blasen waren zumeist in Gruppen beisammen, verbreiteten sich gegen die Peripherie serpiginös (P. folliaceus) weiter, während im Centrum die Haut wund blieb und an einigen Stellen einen Beleg von gelbem Exsudat zeigte. Die der Kranken verabreichten Medikamente (Acida, Chinin, Solut. Fowleri) konnten ebensowenig wie die Nahrungsmittel durch den Mund beigebracht werden, man mufste suchen, ihr Leben durch ernährende Klysmata zu fristen. Es war doch erfolglos.

Unter zunehmendem Marasmus starb die Kranke am 30. März 1875, also nach viermonatlicher Krankheitsdauer. Wir wufsten nunmehr, dafs wir es nicht mit einer lethal verlaufenden Syphilis (Syphilis maligna) sondern mit einer eigentümlichen Form des Pemphigus zu thun hatten."

Die übrigen Fälle lassen sich am vorteilhaftesten in 3 Kategorien einreihen, von denen sich die erste bequem dem eben mitgeteilten Typus unterordnen läfst. In einer zweiten Kategorie möchte ich die als unsicher zu betrachtenden Fälle unterbringen. Es würde sodann eine nicht ganz geringe Anzahl von Fällen noch übrig bleiben, welche in anbetracht mangelhafter Aufzeichnungen oder gar zu bedeutender Abweichungen vom Haupttypus besser vorderhand ganz unberücksichtigt gelassen werden. Diese bilden die dritte Gruppe.

Als typisch lassen sich 6 Fälle aus der Litteratur anführen:

1. Die Fälle VI, VIII und IX von NEUMANN [2], betreffend 2 Frauen und einen Mann im Alter von 30—61 Jahren. Krankheitsdauer im Mittel 3 Monate. Exitus lethalis.

2. Ein Fall von R. CROCKER [3]: 43jährige Frau, welche nach dreimonatlicher Krankheit ebenfalls starb. Sektionsergebnis: Pleuropneumonie.

3. Ein Fall von MARIANELLI [4]; betrifft einen 47jährigen Mann. Krankheitsdauer 3 Monate. Die Sektion der inneren Organe bot nichts Abnormes aufser einer beginnenden fettigen Degeneration der Leber und Niere. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes zeigte nichts Charakteristisches.

4. Ein Fall von HUTCHINSON [5], den CROCKER [6] als No. 14 mitteilt.

Diese 6 Fälle stimmen alle vollkommen überein in den folgenden Punkten, welche als charakteristisch für den NEUMANNschen Pemphigus vegetans gelten können:

---

[2] l. c.
[3] Pemphigus vegetans NEUMANN. *Medico-chirurgic. transactions.* Vol. LXXII.
[4] *Contributo allo studio del pemfigo vegetante.* 1889.
[5] *Medico-chirurgic. transactions.* Vol. LXX.
[6] l. c.

a. Die Efflorescenzenbildung besteht in koncentrisch fortschreitenden Blasen, die in der Mitte einsinken und sich mit einer Kruste bedecken. Alsdann tritt eine Wucherung des früheren Blasengrundes in Gestalt weicher, feuchter oder trockener, aber weder profus nässender noch eiternder kondylomatöser Excrescenzen auf. Dieselben können oberflächlich nekrotisch werden, zerfallen aber nie vollständig. Im Munde verharren die Efflorescenzen als Erosionen oder aphtenartige graue Belege.

b. Die Topographie dieser Efflorescenzen zeigt eine besondere Vorliebe für die Genitalgegend, die Achselhöhlen, Lippen- und Mundschleimhaut. An diesem letzteren Orte treten sogar die Blasen meistens zuerst auf.

c. Der Verlauf ist stets ein verhältnismäfsig rascher, im Durchschnitte 3 Monate dauernder und endigt unbeeinflufst durch eine antisyphilitische Therapie stets mit dem Tode. Schon vorher hörte die Produktion neuer kondylomatöser Wucherungen auf.

In die zweite Kategorie der „unsicheren" Fälle mufs ich die folgenden rechnen:

1. Fall VII von Neumann.[7] In demselben fehlt vollständig die Beschreibung der charakteristischen Wucherungen. Neumann spricht nur an einer Stelle von „Abflachung der Wucherungen", ohne vorher im geringsten auf solche Bezug genommen zu haben. Sodann sind in diesem Falle partielle Nekrosen aufgetreten, welche, als nicht zum typischen Bilde gehörig, einer genauen Beschreibung hätten gewürdigt werden müssen. Ganz unvermittelt erscheint der Satz: „Die Sphacelusblase am Fufsrücken gröfser, wodurch die unregelmäfsige Begrenzung aufgehört hat. Der Inhalt gangränös."

Wenn dieser Fall auch möglicherweise zu den echten Fällen der ersten Kategorie gehört, so ist dies doch durch die bisherige Schilderung desselben nicht erwiesen.

2. Der erste Fall von Hutchinson.[8] Hier traten nächst dem Wundsein des Mundes frostähnliche Schwellungen der Hände und Füfse und sodann Bläscheneruptionen der Hände mit Onychitis auf. Weiterhin kam es zur stielartigen Abschnürung der Wucherungen. Diese sonst nirgends erwähnten Symptome machen die Stellung des Falles zweifelhaft.

3. Der erste Fall von Auspitz[9], welchen derselbe als Herpes vegetans beschreibt. Es fehlt hier die Beschreibung von koncentrisch sich ausdehnenden Blasen; statt dessen sind die ersten Eruptionen herpes-

---

[7] l. c.
[8] l. c.
[9] Herpes vegetans. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1869.

artig gruppierte Bläschen und Pusteln. Die Wucherung des Blasengrundes tritt nicht als das Hauptsymptom in den Vordergrund, sondern es heifst nur: „Die Pusteln . . . . machten zuletzt den Eindruck einer fleischwärzchenartigen Wucherung.“ Endlich war eine Psoriasis rhagadiformis vorhanden, welche den Verdacht auf Syphilis lenkte.

4. Fall I von Riehl.[10] Die Beschreibung desselben stimmt im grofsen und ganzen mit dem Neumannschen Typus überein. Abweichend ist nur das Vorhandensein dicker, einer Ichthyosis hystrix ähnlichen Hornlage über vielen Efflorescenzen. Immerhin kommt dieser Fall dem Neumannschen sehr nahe und ich würde ihn deshalb doch unter die typischen einreihen, wenn nicht einerseits Riehl selbst Bedenken dagegen geäufsert hätte und andererseits seine histologische Beschreibung, wie ich weiter unten zeigen werde, allerdings von derjenigen Neumanns erheblich abweichen würde.

5. Fall II von Riehl.[11] In diesem Falle war der papillomatöse Charakter sehr wenig ausgebildet, so dafs bei der Sektion die Diagnose Pemphigus foliacens gestellt wurde. Nur eine Stelle am Nabel, Penis und der hinteren Achselfalte zeigten geringe Wucherungen; an den Hauptpraedilectionsstellen: Mons Veneris, Inguinalgegend, in den Achselhöhlen selbst, fehlten die grofsen, charakteristischen Wucherungen. Auch werden handflächengrofse Plaques beschrieben, deren Sekret zu „butterteigähnlichen Krusten“ eingetrocknet ist. Endlich macht Riehl darauf aufmerksam, dafs in diesem, wie im ersten Falle die Wucherungen nach der Überhornung als trockene Excrescenzen auftraten, nicht, wie in den Neumannschen Fällen, direkt vom Blasengrunde sich erhoben. Zweifellos macht dieser Fall mehr den Eindruck eines Pemphigus foliacens mit dem Nebenbefunde vereinzelter warziger Excrescenzen.

6. Fall III von Riehl.[12] Für diesen gelten die gegen die Riehlschen Fälle umsomehr, als derselbe dem Autor erst post mortem zu Gesicht kam. Auch hier bestanden stark entwickelte Hornlagen über den Efflorescenzen.

Diese sechs Fälle, welche von Neumann und Crocker den typischen Fällen von Pemphigus vegetans angereiht wurden, sind nach meiner Ansicht besser von demselben getrennt zu halten, wenigstens vorläufig. Die scharfe Charakteristik der Neumannschen Krankheit kann gewifs nur dadurch gewinnen, dafs jeder Fall, der in seinem Verlaufe oder in den charakteristischen Symptomen Abweichungen darbietet, zunächst nicht

---

[10] Zur Kenntnis des Pemphigus. *Wiener med. Jahrb.* 1885.
[11] l. c.
[12] *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1869.

herangezogen wird, wo es gilt den Typus dieser seltenen Affektion festzustellen. Ganz besonders werden wir uns davor zu hüten haben, vereinzelte, zufällig auftretende und nicht einmal charakteristische Wucherungen, die im Verlaufe einer anderen Blasenkrankheit sichtbar werden, sofort als Beweis für das Vorhandensein eines Pemphigus vegetans zu nehmen. Denn die wirklich typischen Fälle dieser Erkrankung sind glücklicherweise in der Bildung der Efflorescenzen, in ihrer Topographie und in dem ganzen Verlaufe der Krankheit so kongruent, dafs ebensowohl eine Verwechslung mit anderen Dermatosen ausgeschlossen erscheint, wie die Annahme eines allmählichen Überganges in solche unwahrscheinlich sein würde.

Immerhin ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dafs der eine oder andere der von mir als unsicher bezeichneten Fälle doch noch der Serie von typischen angereiht werden kann, sei es, dafs die Symptomatologie derselben nachträglich vervollständigt würde oder die auffälligen Symptome in späterhin beobachteten Fällen von sonst charakteristischem Pemphigus vegetans öfter wieder beobachtet werden sollten.

Ganz ausschliefsen müssen wir aber, wenn uns etwas an klaren Definitionen gelegen ist, die folgenden, bisher auch in der Litteratur mitgeteilten Fälle.

1. Ein Fall von KAPOSI,[13] der ihn selbst als eine Frambrösia syphilitica angesehen hat; derselbe heilte auch beim ersten Anfalle vollkommen unter antisyphilitischer Therapie. Die Beschreibung charakteristischer Blasen fehlt vollständig. Die auf der Oberfläche der Wucherungen befindlichen, mit „trüber Flüssigkeit gefüllten Bläschen“ haben natürlich mit solchen nichts zu thun. Sodann verschwanden die Wucherungen im Centrum, während an der Peripherie neue auftraten, in Form eines „serpiginösen, wuchernden Syphilides.“ Endlich waren sie an den meisten Stellen in einem fortwährenden, oberflächlichen Zerfall begriffen oder sie bildeten stellenweise selbst tiefgreifende Geschwüre und hinterliefsen demgemäfs an einigen Orten dunkel pigmentierte Narben. Nach all diesem erscheint es unbegreiflich, dafs NEUMANN den KAPOSIschen Fall seinen typischen Fällen hinzugesellt, deren klares Bild er nur zu verdunkeln geeignet ist.

2. Der zweite Fall von AUSPITZ.[14] Es fehlt die so notwendige Beschreibung der Blasen; die Wucherungen entstehen aus Bläschen und Pusteln. Sodann ist die Beschreibung der Wucherungen selbst sehr abweichend. AUSPITZ beschreibt sie also: „rote, himbeerartige, ziemlich

[13] l. c.
[14] l. c.

derbe, mäfsig succulente, spitzen Warzen ähnliche Vegetationen, welche sich beinahe eine Linie hoch über das Niveau der Haut erhoben."

3. Vier Fälle von HUTCHINSON, welche CROCKER[15] anführt, ohne sie zum Pemphigus vegetans zu zählen. Es handelte sich bei diesen Patienten um eine Mundhöhlenaffektion unbestimmten Charakters. Nur zwei derselben zeigten eine übrigens absolut nicht charakteristische Affektion der Haut. Bei dreien dieser Kranken trat rasche Heilung ein, im Gegensatze zu sämtlichen bis jetzt bekannten, sicheren Fällen.

4. Die Fälle II, IV und V von NEUMANN.[16] Über dieselben gibt der Autor gar keine beweisenden Angaben. Ohne solche sind sie natürlich für die Litteratur unserer Erkrankung ohne Wert.

Wenn wir aus dem bisher vorliegenden Material von 22 Fällen auf diese Weise alle unsicheren und unbrauchbaren ausscheiden, so bleiben uns nur 6 Fälle übrig, aufser dem zuerst angeführten und am besten mitgeteilten typischen Falle von NEUMANN. Diese stimmen dafür aber in allen charakteristischen und für die Diagnose ausschlaggebenden Punkten vollkommen überein.

Speciell diejenigen Fälle von Pemphigus vulgaris gilt es in Zukunft auszuschliefsen, welche im Übrigen nach dem Schema eines gewöhnlichen Pemphigus verlaufen und nur hier und dort einige warzenähnliche Wucherungen aufweisen, ohne sonst aber charakteristischen Verlauf, die Topographie und das eigentümliche Verhältnis der Blasen zur Wucherung zu zeigen, wie es beim NEUMANNschen Typus vorkommt. Sodann müssen alle vegetierenden Formen von syphilitischen Hautausschlägen grundsätzlich vom Pemphigus vegetans getrennt werden, auch dann, wenn die syphilitischen Wucherungen besonders die Inguinal- und Axillargegend einnehmen.

Endlich mufs ein herpesartiges, gruppiertes Auftreten von Bläschen und Pusteln als primäres Symptom vor dem Auftreten der eigentlichen Wucherungen (wie in den Fällen von AUSPITZ) uns in der Annahme eines Pemphigus vegetans sehr zweifelhaft machen.

Den uns auf diese Weise bleibenden, sieben sicheren Fällen von Pemphigus vegetans will ich nun im Folgenden zwei weitere anschliefsen, welche ebenfalls den reinen Symptomenkomplex dieser Krankheit aufweisen.

Den einen hatte ich Ende 1889 als Assistent an der dermatologischen Klinik in Bern Gelegenheit zu beobachten. Im Einverständnis mit meinem damaligen Chef, Herrn Dr. v. INS, lasse ich hier die Beschreibung des Falles folgen:

---

[15] l. c.
[16] l. c.

Es handelte sich um einen 48jährigen, in guten Verhältnissen lebenden, sehr kräftigen, früher stets gesund gewesenen Wirt aus dem schweizerischen Jura. Anamnestisch konnten wir leider durch den Patienten und die Angehörigen nur sehr mangelhafte Angaben gewinnen. Patient gab nur an, dafs die Krankheit einen 1½ Monat vor seinem Spitaleintritt mit Nässen in der Genitalgegend und etwas später in den Achselhöhlen begonnen habe. Die Möglichkeit einer luetischen Infektion wurde mit Entschiedenheit bestritten.

Am 27. Dezember wurde folgender Status erhoben: Grofser, kräftiger Körper mit mäfsig entwickeltem Paniculus. Körpergewicht, früher angeblich 112 Kilo, jetzt nur noch 72 Kilo. Mäfsiger Potator.

Oberflächlich betrachtet, macht das Krankheitsbild den Eindruck eines hochgradigen Rupia specifica, mit Condylomata lata vergesellschaftet. Das Scrotum und die angrenzenden Oberschenkelteile bedecken dicke schwartenartige Wucherungen, aussehend wie stark hypertrophische Condylomata lata, aber von weicherer Konsistenz als solche und deren Oberfläche mit einer schmierigen, äufserst übelriechenden Masse überzogen ist. Dieselben Wucherungen befinden sich in beiden Achselhöhlen (links stärker entwickelt wie rechts), ebenso im Nacken; hier in Form von 2—3 cm im Durchmesser haltenden, weichen, stark durchfeuchteten papillomatösen Gebilden. Verbreitet über Penis und Scrotum, die angrenzenden Partieen der Oberschenkel, den Bauch, Rücken und Thorax, am linken inneren Augenwinkel zeigen sich bis Zweimarkstück grofse, zum Teil konfluierende, scharf begrenzte Stellen zum Teile von Hornschicht entblöst und intensiv gerötet, zum Teile mit einer dicken Borke bedeckt. Neben diesen geschwürähnlichen Bildungen lassen sich ähnliche, auch mit Krusten bedeckte Scheiben unterscheiden, welche aber von einem Blasenringe umgeben sind, welcher leicht getrübten Inhalt zeigt.

Aufserdem aber treten an einigen Körperstellen, wie am Rücken und an der Innenseite der Oberschenkel eigentliche, bis Zweimarkstück grofse Blasen auf, mit trübem Inhalt und geringer Spannung, aber ohne Randinfiltrat. Die Decke dieser Blasen stöfst sich leicht ab und legt eine rote nässende Fläche frei.

Die Schleimhaut der vorderen Mundhöhle und die Unterlippenhaut erodiert, geschwellt, lebhaft gerötet.

Die beiden Gehörgänge durch kondylomatöse Wucherungen zum gröfsten Teile verstopft, so dafs Patient sehr schwer hört.

Im Verlaufe der nächsten Tage veränderten sich die geschilderten Efflorescenzen in verschiedener Weise. Während nämlich einige Stellen nach Abstofsen der Decke rasch eintrockneten und eine glatte, anscheinend vollständig gesunde, narbenfreie Haut hinterliefsen, liefs sich eine zweite Kategorie von Veränderungen erkennen, wobei zwar auch Vertrocknung

eintrat, aber nicht so rasch und mit Bildung einer fein granulierten Beschaffenheit der Oberfläche, sowie mit Hinterlassung von Pigmentierung. Noch andere gingen in die genässten papillomatösen Wucherungen über, was jedoch in der späteren Periode der Krankheit nicht mehr eintrat. Eine vierte Art der Umwandlung bestand darin, dafs, während die Blasen im Centrum verheilten, in der Peripherie neue mehr oder weniger vollständige, centrifugal weiterschreitende Blasenringe sich bildeten. Durch Konfluenz solcher Ringe an der Innenseite der Oberschenkel entstanden geschlängelte, polycyclische Figuren.

Unter der Einwirkung von Sublimatbädern und innerlicher Darreichung von Hydrargyrum — die Krankheit wurde anfänglich für Lues gehalten — überhäuteten sich einige der geschwürähnlichen Stellen, ohne Narben zu hinterlassen; die Wucherungen im Nacken flachten sich ab, trockneten ein und bildeten eine leicht granulierte Oberfläche. Die Wucherungen am Scrotum, den Oberschenkeln und Achselhöhlen, sowie in den Gehörgängen wurden hingegen von der Behandlung nicht günstig beeinflufst, nahmen im Gegenteil noch zu.

Bis zum 20. Januar 1890 waren fast alle Blasen verschwunden, nur an den Oberschenkeln und am Nacken waren noch einige von den beschriebenen Blasenringen und Halbringen sichtbar.

Am 21. Januar trat wieder eine Änderung ein, indem an verschiedenen Körperstellen, am dichtesten an den Handgelenken und den angrenzenden Partieen der Vorderarme rote Flecken auftauchten, die sich rasch in Papeln und Blasen mit zum Teil klarem, zum Teil hämorrhagischem Inhalte und etwas auf erhabenem Grunde sitzend verwandelten. Gleichzeitig traten auch am Nacken in der Peripherie bereits überhäuteter Stellen neue Blasenringe auf; andrerseits bildeten sich ganz frische Blasen an den Oberschenkeln bis gegen das Knie hinunter; das Centrum derselben bedeckte sich bald mit einer Kruste, während sich der Rand weiter verbreitete.

26. Januar. Die Blasen nehmen an Zahl und Umfang zu. Es stellen sich heftige Diarrhoen ein.

27. Januar. Frische Blasen an Oberschenkeln, Knieen, Armen. Temperatur etwas erhöht.

28. Januar. Zunehmende Schwäche, indem die durch keine Mittel zu stillenden Diarrhoen den Patienten rasch herunterbringen. Schwindel, Somnolenz. Unter dem linken Arme bildet sich in der Umgebung der Wucherungen eine intensive Rötung mit Abhebung der Hornschicht, ähnlich wie bei einer Verbrennung zweiten Grades.

30. Januar. Diarrhoen dauern an; Schwäche excessiv; das Gehör hat sich zu absoluter Taubheit verschlechtert.

Am 4. Februar. Exitus lethalis. Die Sektion der inneren Organe ergab weiter nichts Abnormes als eine intensive gallige Verfärbung der gesamten Darmschleimhaut.

Die Behandlung des Patienten bestand anfänglich in Darreichung von Merkuralien und Jodkali, während äufserlich Kauterisationen mit Argent. nitric. und Sublimat angewandt wurden. Als aber die Natur der Krankheit zumal ex juvantibus deutlicher zu Tage trat, wurde von antiluetischer Therapie abgesehen und roborierend vorgegangen, während die Wucherungen weiter kauterisiert wurden. Alles mit dem angeführten negativen Erfolge.

Ein zweiter Fall derselben Krankheit gelangte in die Beobachtung von Herrn Dr. UNNA, welcher mir denselben in freundlichster Weise zur Veröffentlichung überliefs.

Es handelte sich um eine (im Jahre 1884) 64jährige Frau — Mutter von 6 gesunden Kindern —, welche bis zu ihrer jetzigen Krankheit sich der besten Gesundheit erfreut haben will; bis zum Ausbruche des Leidens hat sie einem anstrengenden Geschäfte vorgestanden. Die ersten Erscheinungen, welche sich im August 1884 zeigten, bestanden in feuchten Knötchen in der rechten Leiste und auf dem Mons Veneris; zugleich traten wunde Stellen an den Lippen auf. Trotz sofort eingeleiteter Behandlung nahmen die krankhaft veränderten Stellen langsam aber fortwährend an Ausdehnung zu. Auf den Beinen bestanden die Eruptionen meistens in Blasen, mit zum Teile blutigem Inhalte, welche nach dem Abtrocknen über das Niveau der gesunden Haut sich erhoben. In den Beugestellen nahm die Affektion das Aussehen breiter Condylome an, besonders in der ganzen Genitalgegend und in den Achselhöhlen. An den Armen und Beinen fanden sich nur krustenbedeckte oder mäfsig erhabene Herde. Im September 1884 wurde Herr Dr. UNNA vom Hausarzte hinzugezogen, und es wurde gleich bei der ersten Untersuchung die Abwesenheit von Syphilis konstatiert. Die ausgedehnten Wucherungen nach Art specifischer sekundärer Produkte, liefsen den Fall als Unicum erscheinen. Auch Herr Professor KÖBNER, welcher gelegentlich den Fall um diese Zeit sah, konnte sich keines ähnlichen erinnern. Die von nun an eingeleitete energische Behandlung mit fast sämtlichen reducierenden Mitteln, mit Quecksilber- und Jodpräparaten innerlich und äufserlich in allen Formen der Anwendung führte zu keinem Resultate; die Krankheit griff nicht blofs an der äufseren Decke immer weiter um sich, sondern überzog auch die Mund-, Zungen- und Rachenschleimhaut mit blasigen Abhebungen. Dieser leztere Umstand führte eine rasche Abmagerung und Kräfteverfall herbei, da die Nahrungsaufnahme mit grofsen Schwierigkeiten verbunden war. Die Patientin wurde

in die Klinik von Herrn Dr. UNNA zum Zwecke einer energischen Behandlung übergeführt.

Status am 20. September 1884. 64jährige Frau von starkem Knochenbau. Paniculus vollständig geschwunden. Muskelschwäche so grofs, dafs die Frau getragen werden mufs. Die gesamte Hautdecke hat ein bläulich-graues Aussehen und ist ebenso wie die Schleimhaut des Mundes zum gröfsten Teile von krankhaft veränderten Flächen eingenommen. Innere Organe normal. Das hervorstechendste Symptom des sehr polymorphen Exanthems ist eine starke kondylomatöse Wucherung, welche die ganze Vorderseite der Genitalgegend einnimmt. Zwischen einer Linie, welche die Cristae anter. beider Darmbeine mit einander verbindet, bis zur Vulva erstreckt sich dieses mit verrucösen Wucherungen besetzte Dreieck. Die Wucherungen setzen sich über die grofsen und kleinen Labien, ungefähr einen Zoll weit in die Vagina hinein fort. Ähnliche aber mehr trockene Wucherungen bedecken einen grofsen Teil beider Unterschenkel und zwar am rechten Bein mehr als am linken; am ersteren ist die ganze hintere Seite in continuo befallen, während die vordere mehrere, bis thalergrofse, papillomatös erhabene Stellen aufweist. Am linken Unterschenkel finden sich diese derben Wucherungen nur in Form einer handgrofsen Fläche, welche die Gegend des Fufsgelenkes, vorne mehr als hinten, einnimmt. Endlich finden sich in beiden Achselhöhlen und der rechten Armbeuge entsprechende handgrofse Flächen von täuschender Ähnlichkeit mit Condylomata lata. In allen Beugestellen sind die beschriebenen Wucherungen dunkelbraun-rot, feucht, zum Teile mit schmierigen Borken bedeckt, aber nirgends exulceriert. Sie gehen ganz allmählich in die gesunde Umgebung über, indem sich die wuchernden Massen abflachen und dann allerdings mit ziemlich scharfer Grenze ein entzündlicher roter Saum die Wucherung umschliefst. An den Beinen zeigen die mehr trockenen Epithelwucherungen eine bräunlich-violette Farbe und sind mit schmutzig braunen Krusten und Schuppen bedeckt. Neben diesen Efflorescenzen kondylomatöser Art finden sich eine Reihe offenbar jüngerer Flecke von erythematösem Charakter mit leicht erhabenem Rande, ziemlich scharf gegen die Umgebung abgesetzt und in ihrer Mitte mit unregelmäfsig verteilten, erbsen- bis nagelgrofsen Blasen, respektive zu Krusten vertrockneten Blasen bedeckt. Solche erythematös-bullöse Efflorescenzen finden sich hauptsächlich an der unteren Grenze der kondylomatösen in der Genitalgegend. Die ganze Innenseite der Oberschenkel ist von handgrofsen Flächen dieser Art eingenommen, welche sich von hier auf die hintere Seite der Oberschenkel unterhalb des Gesäfses beiderseits fortsetzen; kleinere erythematösbullöse Flächen finden sich zerstreut am linken Unterschenkel, unterhalb der rechten Brust und an der Streckseite des rechten Arms. Ein kleiner

Fleck ähnlicher Art befindet sich auf der Oberlippe. Von hier aus lassen sich entsprechende Effloreszenzen auf die Schleimhaut der Lippen, der Wangen und der Zunge erfolgen, hier ersetzt teils durch einfache Erosionen, teils durch aphtenartige grauweifse Auflagerungen. Schliefslich finden sich besonders am Gesäfse und an der Kniegegend zerstreut etwa ein Dutzend groschen- bis thalergrofse dunkelpigmentierte Narben von geheilten Effloreszenzen herrührend. Die fungös entarteten Partieen, besonders diejenigen der Labien verursachten der Patientin beständig Schmerzen und wurden der Umgebung durch ihren unangenehmen Geruch lästig.

Verlauf. Die Therapie bestand zunächst in der Anwendung von Jodbleisalbe (5 %), unter welcher die bis dahin rasch vorwärtsschreitenden erythematösen Stellen stillstanden und abblafsten, die fungösen Wucherungen sich abflachten. Ende Oktober kam noch ein neuer Erythemfleck zum Vorschein; bei diesem und späterhin in ihrem Entstehen beobachteten Effloreszenzen wurde festgestellt, dafs als erstes Symptom ein erysipelartiges scharf begrenztes Erythem auftrat, welches in ein- bis zweimal 24 Stunden bis zur Gröfse einer Handfläche anwachsen konnte, dann aber, oder auch schon früher, stillstand. Es erhob sich nun auf der Fläche dieses Erythems, an den folgenden Tagen, unregelmäfsig zerstreute, aber mehr in der Mitte als am Rande erbsen- bis bohnen- und groschengrofse Blasen, welche wiederum nach einigen Tagen spontan eintrockneten. An den Streckseiten und den offenliegenden Hautstellen verharrten diese zum Teile mit Krusten bedeckte Erytheme als solche oder verwandelten sich, besonders an den Unterextremitäten, in schuppenbedeckte papulöse Flächen um. An vielen anderen Stellen, besonders innerhalb der Beugen, unter den Brüsten etc., sprossen zunächst aus den blasigen Stellen kondylomatöse Wucherungen hervor, die allmählich konfluierten und sich peripherisch ausbreiteten, bis sie den noch immer wahrnehmbaren Rand des ersten Erythems erreichten, dann aber eine Zeitlang stillstanden, ehe sie mit einem erythematösen, hin und wieder blasig abgehobenem Rande weiter fortschritten.

Nachdem unter Sitzbädern, die zur Beseitigung der Schmerzen und des Geruchs der Genitalgegend gegeben wurden, die Wucherungen sich weiter ausbreiteten, und da andrerseits auch jede Terapie bis dahin gar keinen oder nur geringen Erfolg aufzuweisen hatte, so wurde am 8. Dezember zum ersten Male zu einer Bepinselung sämtlicher Stellen mit reiner Jodtinktur geschritten. Schon vorher war der günstige Erfolg einer eintrocknenden Spiritusbehandlung erprobt. Wegen der hierdurch verursachten Schmerzen wurden die Einpinselungen in der Chloroformnarkose vorgenommen. Schon die erste hatte einen überraschend günstigen Erfolg, so dafs dieselbe am 12. und 16. Dezember wiederholt wurde. Wegen der bis in die Nacht andauernden Schmerzen mufste noch vor

dem Erwachen aus der Narkose eine starke Morphiumdose injiciert werden. Unter dieser Behandlung trockneten die kondylomatösen Massen ein und schrumpften zusammen. Auch die in die Vagina reichenden Wucherungen wurden durch Eingiefsungen mit Jodtinktur erheblich gebessert. Von nun an wurde jeden zweiten Tag unter Chloroform eine Jodpinselung appliciert. Während die alten Stellen auf diese Weise sich rasch besserten, traten an den Armen, Beinen und Lippen neue Effloreszenzen auf; die Ernährung litt wieder, die Kranke ward sehr schwach und anfangs Januar zeigte sich am rechten Schulterblatt ein handtellergrofser Decubitus und im Centrum desselben eine thalergrofse nekrotische Stelle; zugleich trat völlige Appetitlosigkeit und leichte Benommenheit auf. Trotzdem wurden die Jodpinselungen auf den neuen Stellen, sowie auf den nekrotischen Partieen fortgesetzt und die Kranke erholte sich langsam wieder. Bis Ende März wurde jeden dritten Tag chloroformiert und sämtliche Stellen, frische und alte, der Haut und Schleimhäute mit reiner Jodtinktur angepinselt. Es war bemerkenswert, dafs trotz des pfundweisen Verbrauches von Jodtinktur, welche die Operation für die Augen der Behandelnden sehr peinlich machte, die Patientin selbst niemals auch nur die geringsten Zeichen von Jodismus zeigte. Anfangs April erschien die Haut ganz rein; an die Stellen alter Effloreszenzen waren bräunlich-rote Flecken getreten; das Allgemeinbefinden der Patientin war ein gutes; Appetit und Kräfte hatten erheblich zugenommen. Es wurde nun vorderhand während der Monate April und Mai die Behandlung ausgesetzt und das weitere Verhalten der Patientin beobachtet. Da aber wieder kleine Stellen am Bauche, an den Genitalien, in der Kreuzgegend, unter der Brust, an den Augenlidern, wenn auch nur klein und zerstreut auftraten, so wurde im Juni jeden zweiten Tag eine allgemeine Bepinselung aller verdächtigen Stellen mit Jodtinktur vorgenommen. Bei diesen Narkosen wurden kleine Stücke zur Untersuchung der Haut entnommen, andrerseits aber auch die Krankheit auf ihre Übertragbarkeit geprüft. Von den Rändern einiger kondylomatöser Wucherungen und dem Blaseninhalte anderer Stellen wurde mit Erfolg auf gesunde Hautpartieen der Kranken geimpft. Gewöhnlich am zweiten Tage nach der Impfung trat eine nagelgrofse erythematöse Röte um den Impfstich auf, welche sich in den nächsten Tagen rasch vergröfserte; einige Male traten auch Blasen auf diesen Impfstellen auf, deren weitere Entwickelung übrigens durch Bepinselung mit Jodtinktur abgeschnitten wurde. In den Monaten Juni und August war das Befinden der Patientin im allgemeinen und der Zustand der Haut vortrefflich. Die Patientin wurde aber als Rekonvalescentin und behufs weiterer Beobachtung in der Klinik behalten. Im September zeigten sich an der Vulva und dem Beine neue Stellen, welche eine achtmalige Pinselung in der Chloroformnarkose zur Beseitigung erforderten.

Am 11. Oktober wurde die Patientin nach längerer Beobachtung vollständig gesund entlassen.

Die Heilung war jedoch noch nicht von Bestand. Im Sommer und Herbst 1886 besuchte die Patientin die Klinik nochmals auf je 1 Monat wegen leichten Recidiven; ebenso im Januar 1887, nachdem die Krankheit rapider Weise sich von der Genitalgegend aus über gröfsere Körperstrecken verbreitet hatte. Eine Anführung der Krankengeschichte und der Daten würde nur zu einer Wiederholung des schon Beschriebenen führen. Die Behandlung bestand wiederum in reichlicher Bepinselung respektive Begiefsung mit Jodtinktur in Narkose. Die Kranke hielt sich diesmal noch lange nach der Heilung zur Beobachtung in der Klinik auf und wurde im Juli 1887 wiederum, diesmal definitiv geheilt entlassen. Jetzt, im Jahre 1890, angestellte Nachforschungen haben ergeben, dafs die Patientin in ihrem 70. Jahre einer blühenden Gesundheit sich erfreut und sehr korpulent geworden ist. Suspekte Flecke und Papeln, welche hin und wieder in der Genitalgegend aufgetreten sein sollen, beseitigte Patientin jeweilen selbst mit Jodtinktur.

Es bedarf wohl nicht einer ausführlichen Epikrise dieser Fälle, um zu beweisen, dafs sie in allen ihren Symptomen und im Verlaufe dem reinen, von mir aus dem besten Falle abstrahierten Neumannschen Typus genau entsprechen. Nur der günstige Verlauf in dem zweiten, Unnaschen Falle tritt etwas aus dem Rahmen der bis dahin bekannten Fälle heraus, aber doch nicht völlig, da bis zur Auffindung der garadezu als Specificum wirkenden Jodtinktur auch dieser den raschen Verlauf zur Cachexie und die ungemeine Renitenz gegen alle gebräuchlichen inneren und äufseren Mittel, speciell auch gegen die Antisyphilitica, wie die übrigen typischen Fälle aufwies. Es ist vielmehr zu hoffen, dafs in Zukunft die Prognose und der Verlauf aller echten Fälle von Pemphigus vegetans sich nach Art des Unnaschen gestalten mögen.

Von diesen beiden Fällen hatte ich ein gröfseres Material zur histologischen Untersuchung erhalten können. Vom ersteren wurden post mortem eine gröfsere Anzahl von Stücken aus der Haut des Scrotums, der Oberschenkel, der Inguinal- und seitlichen Bauchgegend, des Knies und Handgelenkes, vom zweiten, noch intra vitam, aus der Gegend der Oberschenkel und des Mons Veneris exstirpiert.

Entsprechend dem klinischen Bilde der Krankheit lassen sich für die histologische Charakteristik zwei Hauptstadien aufstellen, von denen man das eine als das erysipelatös-bullöse, das andere als das kondylomatöse bezeichnen kann. Dieselben sollen dem nun folgenden mikroskopischen Befunde als Einteilungsprinzip zu Grunde gelegt werden.

Für das erste Stadium, das erysipelatös-bullöse liegen mir nur Stücke vom ersten Falle vor. Schon makroskopisch sieht man an den

Schnitten, dafs der mittlere Teil von einer flachen Borke eingenommen ist. Mikroskopisch erweist sich diese Borke als zusammengesetzt aus der hochgradig degenerierten Oberhaut, durchsetzt von Wanderzellen und epithelialen Kernbröckeln. An der Peripherie setzt sich die Borke hauptsächlich in die bereits verhornten Schichten der benachbarten gesunden Oberhaut fort und lagert hier eine Strecke weit über den abgeplatteten aber sonst normalen Epithelien der untersten Lagen. Unterhalb der Borke ist der Papillarkörper vollständig verschwunden, und die Grenze zwischen degeneriertem Epithel und Cutis wird durch eine breite Schicht von Wanderzellen angedeutet. Die seitlich die Borke umschliefsenden Papillen und Epithelleisten sind schräg zu dieser herangezogen, woraus hervorgeht, dafs die Borke der Ausdehnung durch die schwellende Cutis einen beträchtlichen Widerstand entgegengesetzt hat. Die Cutis in der Mitte des Schnittes ist nun auch in der That stark geschwollen und von kollossal erweiterten Blutgefäfsen durchsetzt. Direkt unterhalb der Borke selbst ist die Erweiterung der oberflächlichsten Kapillaren bis zu einem varicösen Netze gediehen. Von hier aus steigen die Gefäfse der Cutis in maximaler Erweiterung bis zum unteren Gefäfsnetz, welches ebenfalls eine gleichmäfsige aber nicht so auffallende Ektasie erkennen läfst. Es besteht ein gewisser Kontrast hierzwischen und der Thatsache, dafs die eigentliche Cutis in diesem Stadium noch keinen Anteil an dem Entzündungsprozesse nimmt. Die hochgradige Zellenauswanderung findet sich auf diesen Schnitten lediglich im Bereich der verschorften Oberhaut in dieselbe hinein und unterhalb derselben. Die einzige patholog. Veränderung aufser einer mäfsigen Erweiterung der Lymphspalten in der Cutis findet sich in der Tiefe derselben an den Knäueldrüsen und zwar ausschliefslich in deren sekretorischem Teile, während die Ausführungsgänge von dieser Veränderung nicht betroffen sind. Die einzelnen durch den Schnitt getroffenen Schleifen des Knäuels sind nämlich stark vergröfsert, die Lumina zum Teil beträchtlich erweitert und mit einer geronnenen Masse erfüllt. Die meisten Epithelien befinden sich in einem hochgradigen ödematösen Zustande, so dafs an manchen Stellen die Kerne in eine homogene durchsichtige Substanz ohne Zellgrenze eingebettet zu sein scheinen. Immer zeigen nur einzelne Schleifen des Knäuels dieses hochgradige Ödem, während andere normal oder nur leicht gequollen erscheinen. Das elastische Fasernetz der Cutis ebenso wie die Muskeln sind vollkommen gut erhalten. An den Haarbälgen und Talgdrüsen ist keine Veränderung wahrzunehmen. (Fig. 1.)

Zweites (kondylomatöses) Stadium. Den Übergang vom ersten zum zweiten Stadium machen klinisch diejenigen Efflorescenzen, bei denen die Borke sich trocken abhebt und zugleich eine papulöse Verdickung des Epithels sich gebildet hat. Diesem Übergangsstadium entspricht ein exci-

diertes Stück, dessen Beschreibung ich im Folgenden gebe: Die gesunde Oberhaut hat sich unter der ganzen Borke bis zur Vereinigung in der Mitte vorgeschoben und hebt einerseits die Borke in die Höhe, während sie andrerseits ein reiches Leistennetz jungen Epithels in die Tiefe vorschiebt. Dieser Teil der Cutis ist auch jetzt noch mit, wenn auch nicht so hochgradig dilatierten Kapillaren durchzogen. Die Auswanderung weifser Blutkörperchen hat mit der Abhebung der Borke fast vollständig nachgelassen, so dafs nur direkt unterhalb des Epithels eine mäfsige Infiltration des neuen Papillarkörpers besteht. Dieselbe setzt sich, nach und nach abnehmend, bis in den mittleren Teil der Cutis fort. Die tiefen Gefäfse sind von normalem Kaliber und ebenfalls die hochgradig ödematösen Knäueldrüsen fast auf ihre frühere Ausdehnung zurückgetreten.

Ein ganz ausgezeichnetes, in vieler Beziehung eigentümliches Bild liefert das ausgebildete kondylomatöse Stadium. Wie bei den sogenannten breiten Kondylomen syphilitischer Herkunft und wie beim spitzen Kondylom, so besteht auch hier die Wucherung zum gröfsten Teile aus stark proliferierenden Epithelleisten. Dieselben dringen 5—6mal so tief in die Cutis ein, wie an den normalen Randpartieen, und teilen dabei sehr lange schlanke Papillen ab. Die Wucherung der Stachelschicht ist mithin eine hauptsächlich interpapillare, der suprapapillare Teil ist gegenüber der umgebenden, normalen Haut nicht verdickt. Da auch nur eine Hornschicht von normaler Dicke dieses stark gewucherte Epithel bedeckt, so scheint es mehr die Widerstandslosigkeit des ödematösen Bindegewebes, als die abnorme Festigkeit der Oberfläche zu sein, welche diese Form der Epithelwucherung bedingt. Diese „Widerstandslosigkeit“ des Bindesgewebes scheint aber eine Grenze zu haben, wie einige sehr auffällige Verschiebungen am untersten Teile der Epithelleisten beweisen. Hier zeigen sich nämlich einerseits an den dicken, auf dem Querschnitt keulenförmigen Epithelzapfen ganz schmale, oft nur aus 1—2 Reihen bestehende Epithelfortsätze, welche nicht abgerundete, sondern spitze, blattförmige oder flammige Papillen umschliefsen, wie sie das wachsende Haar zeigt; dafür, dafs diese Papillen von wucherndem Epithel umgeben sind, spricht die regelmäfsig ausgebildete Palissadenschicht cylinderischer Stachelzellen, welche sie zunächst umgeben. Hier hat offenbar an einigen Stellen das wuchernde Epithel einen neuen Widerstand durch ebenfalls wuchernde Bindegewebsteile gefunden (Fig. 1. b. f.). Vielleicht hängt es mit diesen von verschiedensten Seiten herkommenden Wachstumsrichtungen zusammen, dafs die grofsen Massen älterer Stachelzellen der oberen Lagen, besonders in den ganz breiten Epithelleisten — und dieses ist die zweite auffällige Erscheinung — eine wirbelartige Anordnung zeigen, spiralige, S.-förmige Bänder und in sich abgeschlossene Kreise, wie wir sie sonst nur bei malignen Epithelneubildungen zu sehen gewohnt sind. Ähnliche Verschiebungen

sind neuerdings von POLLITZER bei den warzigen Wucherungen der Acanthosis nigricans beschrieben worden (vgl. Internation. Atlas. Lief. IV. 1890.) Als eine dritte und weitere Folge der häufigen Verschiebungen schon gewucherter Epithelleisten und der dadurch erzeugten Lockerung des Zusammenhanges zwischen Cutis und Oberhaut erscheint das Auftreten grofser Lymphräume in direktem Kontakt mit der Unterfläche des Epithels. Es sind gleichsam die ungeheuer erweiterten oberflächlichen Enden der Lymphkapillaren, welche hier die subepitheliale Grenzschicht der Cutis durchbrochen haben. Eine Folge dieser unmittelbaren Berührung mit dem sehr aktiven Lymphstrom der Neubildung ist in diesen Fällen die Auflockerung und Zerwerfung der untersten Epithelreihen, so dafs die normale Palissadenschicht verloren geht und eine grofse Anzahl einzelner Epithelien abbröckelt und in diese subepithelialen Lymphseen hineinfällt. (Fig. 1, a. c. k.)

Wie wir noch sehen werden, ist die ganze Cutis ödematös und es ist dabei bemerkenswert, dafs trotz des unmittelbaren Kontaktes der Epithelien mit den Lymphbahnen der Cutis ein intercelluläres oder intracelluläres Ödem des Epithels im allgemeinen sich nicht vorfindet. Nur an ganz umschriebenen Stellen und zwar entfernt von den jüngeren Epithellagen habe ich zum Teil stark erweiterte interspinale Gänge mit daran stofsenden aufgequollenen und losgelösten Epithelien gefunden (Fig. 1, e). Am Ausführungsgange einiger Knäueldrüsen fand ich, soweit derselbe als Schweifsporus die Stachelschicht durchsetzt, die ihn direkt umgebenden Epithelien ödematös gequollen und das Lumen bedeutend erweitert. In demselben lagerte eine feinkörnige Masse und ein Detritus von Zellkernen.

Es entspricht diesem fast negativen Befunde von ödematösen Veränderungen der gewucherten Stachelschicht, dafs im allgemeinen die Einwanderung von Wanderzellen in die Oberhaut sehr spärlich und nur auf einzelne Punkte beschränkt ist. Der zweite Fall gibt instruktive Präparate an denen die Art der Zellenwanderung ersichtlich ist. Man kann dieselbe fast als eine „trockene" bezeichnen. Die der Mehrzahl nach einkernigen Wanderzellen schieben sich reihenweise zwischen den Epithelien fort, ohne dafs die interspinalen Gänge (wie beim spitzen Kondylom) erheblich erweitert wären. An einigen Stellen drängen sie die Epithelien auseinander und bilden fast ganz aus dichtgedrängten Wanderzellen bestehende Herde mitten in den Epithelleisten. Diese kugligen, kleinzelligen Herde im Epithel machen auf den ersten Blick den Eindruck von epithelialen Abscessen und ihre Besonderheit, d. h. ihre besondere „Trockenheit" und Solidität, bemerkt man erst, wenn man die vollkommen normalen, in keiner Weise kolliquierten oder sonstwie degenerierten, sondern lediglich abgeplatteten Epithelien der Nachbarschaft mustert. Auch findet man bei Fährung mit WEIGERTS Methode kein Fibrin in diesen Pseudo-Abscessen.

Serienschnitte haben nur ergeben, dafs die ersten Ansammlungen von Wanderzellen keineswegs, wie man vermuten könnte, innerhalb der Schweifspori gelegen sind. Nur in einem Schnitte des I. Falles konnte ich im sehr erweiterten interepithelialen Ausführungsgange einer Knäueldrüse eine Gruppierung von Rundzellen entdecken, deren Herkunft ich jedoch nicht feststellen konnte (Fig. 2 a.).

Immerhin bereitet die „trockene" massenhafte Einwanderung von Wanderzellen an einigen Punkten der Oberfläche einen Durchbruch der Hornschicht vor (Fig. 2 b.), der dann um so leichter geschehen kann, je mehr äufsere Reize und Ätzmittel auf die Geschwülste eingewirkt haben. Spontan scheint nach dem klinischen wie nach dem histologischen Bilde der oberflächliche Zerfall des Epithels nicht vorzukommen. In der grofsen Reihe von Schnitten, die mir vorliegen, habe ich nur an wenigen Stellen eine wahre Degeneration der oberen Epithellagen gesehen, und wenn man bedenkt, dafs beide Fälle unausgesetzt mit örtlichen Mitteln stark behandelt wurden, so mufs dieses spärliche Vorkommen von degenerierten Epithelschichten, von Borken und Krusten anstatt der Hornschicht in der That auffallen. An diesen wenigen, wirklich zerfallenen, oberflächlich nekrotischen Partieen findet eine sehr starke Einwanderung von Wanderzellen und mehrkernigen Rundzellen in das Epithel statt, welches vollkommen von ihnen durchsetzt ist, so dafs die Konturen desselben undeutlich werden. Unterhalb der, mit Kernbröckeln durchsetzten umgewandelten, aber immer noch erkennbaren Hornschicht haben sich die Rundzellen nur abscefsartig angesammelt und die Borke hier und da durchbrochen. Diese Durchbrüche finden hauptsächlich mitten über den in der Tiefe noch erhaltenen Epithelleisten statt, deren mittlere kolliquierte Partieen ausfallen, während auch hier noch die peripheren Cylinderzellen im Zusammenhange haften bleiben. (Fig. 1 o; Fig. 3 a.)

Die eigentümlichen Einwucherungen des Bindegewebes in das bereits stark gewucherte Epithel, die damit im Zusammenhange stehenden Verschiebungen des letzteren, die an das Epithel heranreichenden Lymphangiektasieen und auf der anderen Seite die geringe Erweiterung der interspinalen Gänge, die spärliche Einwanderung von Wanderzellen, die vereinzelt vorkommenden „trockenen Abscesse" innerhalb des Epithels, der Mangel von Eiterung und konstanter Nekrotisierung an der Oberfläche lassen andere Wucherungen von ähnlichem Habitus, wie das spitze Kondylom und syphilitische Papeln leicht von der Wucherung des Pemphigus vegetans unterscheiden.

In der Cutis zeigt das zweite Stadium unserer Affektion nicht minder bemerkenswerte Erscheinungen. Am auffälligsten ist die geradezu kolossale Erweiterung sämtlicher Blut- und Lymphgefäfse des Papillarkörpers. Die mit schönem Endothel ausgekleideten Lumina erreichen stellenweise

Dimensionen, wie bei Angiomen und Lymphangiomen, nur dafs dieselben hier niemals eine rundliche, sondern stets gestreckte Form beibehalten. Gegen das Epithel zu gehen die ektatischen Lymphkapillaren direkt in die subepithelialen Lymphseen über. An das System der Blutkapillaren schliefst sich eine ziemlich dichte, kleinzellige Infiltration, während das übrige Bindegewebe des Papillarkörpers bei den Färbungen heller hervortritt, ödematöser ist als die eigentliche Cutis und aufserdem einen Reichtum an sesshaften Bindegewebszellen aufweist, während die elastischen Fasern mit Hinterlassung kleiner, isolierter elastischer Knoten und Streifen gröfstenteils geschwunden ist. (Fig. 1 h, c, d, k; Fig. 3 l, d.)

Die starke Infiltration mit Rundzellen nimmt im Falle I fast nur den eigentlichen Papillarkörper ein, während sie im Falle II (Mons Veneris) etwa noch die obere Hälfte der Cutis durchsetzt (Fig. 1, 2, 3 i). Dieses tiefere Herabsteigen der massenhaften Infiltration hängt hier offenbar zusammen mit der stärkeren zelligen Durchwanderung des Epithels und vielleicht mit der energischeren äufseren Behandlung in diesem Falle.

Im Gegensatze zum Papillarkörper zeigt die eigentliche Cutis (im Falle II die untere Hälfte der Cutis) nicht die Symptome hochgradigen Ödems. Nur das Bindegewebe, welches die Knäueldrüsen einscheidet, bildet ödematöse, gallertige Inseln in dem sonst derb und fest gebliebenen kollagenen Gewebe. Die Infiltration mit Rundzellen setzt sich hier nur an den Blutgefäfsen entlang fort, ohne die Cutis (im II. Fall deren untere Hälfte) diffus zu durchsetzen. Demgemäfs ist hier das elastische Gewebe vollkommen gut erhalten. In der Cutis ist es andrerseits das Verhalten der Knäueldrüsen und der Blutgefäfse, welches unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt.

Wir haben schon oben gesehen, dafs bereits im ersten, erysipelatösbullösen Stadium die Knäueldrüsen in ihrem sekretorischen Teile eine auffällige Quellung der Epithelien erkennen lassen. Dieses Ödem der Zellen besteht noch weiter im zweiten Stadium, aber es treten Wucherungen der Zellen hinzu, welche zum Teil das Lumen der vergröfserten Schleifen ausfüllen und demselben ein unregelmäfsiges Aussehen verleihen.[17] Während hier die Durchschnitte der einzelnen Schleifen nach aufsen eine helle, unfärbbare Zellsubstanz und nach innen die Zone der dicht gewucherten jüngeren Epithelien mit den gut gefärbten Kernen zeigen, überrascht das Aussehen der Ausführungsgänge umsomehr, da hier weitgehende Ektasieen vorhanden sind, mithin weitklaffende Lumina, wobei die stark gequollenen Cuticulae im Centrum hell sich von den gut erhaltenen, nach

[17] Leider stand mir kein in Flemmingscher Lösung gehärtetes Material zur Verfügung, um nach Mitosen in diesem Stadium zu suchen. Mein obiges Urteil stützt sich demnach nur auf die abnorme Anzahl der Kerne.

aufsen gedrängten Gangepithelien abheben. Je weiter die Ausdehnung der Gänge fortschreitet, umsomehr wird das ursprünglich mehrschichtige Gangepithel in eine einfache Lage auseinandergebreitet. Die solchergestalt erweiterten Gänge zeigen sich in gewöhnlicher Weise gewunden und stellen daher auf dem Schnitte nicht zusammenhängende eigentümliche, an Gefäfsdurchschnitte erinnernde Höhlen dar, deren eigentliche Natur erst bei genauerer Untersuchung klar wird. (Fig. 4 a. b.)

Die Blutgefäfse, Arterien und Venen, weisen im Hypoderm, an der Grenze zur eigentlichen Cutis und im unteren Teile derselben die ausgesprochensten entzündlichen Erscheinungen auf. An manchen Stellen sind die Lumina fast bis zu völligem Verschlusse oder bis auf eine enge Spalte obliteriert. Mittelst der Färbung auf elastische Fasern läfst sich in den gröfseren Gefäfsen leicht sowohl die ursprüngliche innere elastische Lamelle, wie neu hinzugetretene in verschiedenen teils regelmäfsigen, teils unregelmäfsigen Abständen aufeinanderfolgende Lagen nachweisen. An einzelnen Gefäfsen lagert die Intimawucherung ganz einseitig einer Wand an, während gegenüber das Endothel noch direkt auf der elastischen Membran aufsitzt. Diese Verengerungen des Lumens machen dann im oberen Teile der Cutis ganz plötzlich den oben beschriebenen starken Erweiterungen der Gefäfse Platz. An vielen Stellen sieht man Gefäfslängsschnitte, welche zur oberen Hälfte stark erweitert sind und nur endothel belegte Röhren darstellen, an einem bestimmten Punkte unter Verengerung des Lumens sich mit einem Mantel von adventieller Bindegewebswucherung umgeben. Natürlich sind nicht sämtliche gröfseren Arterien von dieser Alteration befallen, es wäre sonst das Auftreten der starken Blut- und Lymphüberfüllung im Papillarkörper auch unverständlich. (Fig. 4 c, c, l.)

Die hier beschriebene produktive, obliterierende Arteriitis und Phlebitis der Hautgefäfse unterscheidet sich von den bekannten, akut verlaufenden der syphilitischen Initialsklerose[18] einerseits durch die geringe Menge der Infiltrationszellen, welche die Wandungen der Gefäfse bei der vorliegenden Krankheit durchsetzen, andrerseits durch die platte, koncentrische Lagerung des neugebildeten Bindegewebes, während dieses bei den obliterierten Gefäfsen der Initialsklerose häufig eine radiäre, centripelale Streifung und Schichtung zeigt.

Resumieren wir die Veränderungen innerhalb der Cutis, so haben wir hauptsächlich Gewicht zu legen auf die von der Mitte der Cutis an einsetzende und nach abwärts zunehmende Erscheinung der Endo-, Meso- und Periarteriitis, respektive Phlebitis, im Gegensatze zu der oberhalb, besonders im Papillarkörper lokalisierten ungemein starken Gefäfserweiterung.

---

[18] cf. Unna, *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* Jahrg. 1878.

Sodann auf die Lymphectasieen im Papillarkörper und auf die ödematöse Veränderung des Bindegewebes daselbst, während in der Tiefe der Cutis nur die nächste Umgebung der Knäueldrüsen eine solche aufweist. Die Anordnung der zelligen Infiltration ist nicht charakteristisch, sie befällt hauptsächlich die Umgebung des oberflächlichen Gefäfsnetzes und setzt sich nur an den Gefäfsen in Tiefe fort. Die Knäueldrüsen zeigen Ödem der Zellen nebst unregelmäfsiger Wucherung derselben und die Ausführungsgänge zunächst eine Quellung der Cuticula, an die sich eine ganz auffällige, sackförmige Erweiterung der Lumina des Ganges an einzelnen Stellen anschliefst.

Ich glaube, dafs die geschilderten Veränderungen in meinen beiden Fällen in vielen Beziehungen so eigentümliche sind, dafs ich überzeugt bin, die Krankheit lasse sich allein nach dem histologischen Bilde stets und leicht wiedererkennen. Der Mangel an ausreichenden Mitteilungen über die histologischen Einzelheiten in den bisherigen Arbeiten hat mich veranlafst, meine eigenen Befunde voranzustellen. Ich will nun aber nicht unterlassen auf die Con- und Divergenzpunkte zwischen denselben und den Angaben meiner Vorgänger hinzuweisen, wobei die histologische Beschreibung Crockers, welche lediglich die Vergröfserung der Papillen und das Vorhandensein einer zelligen Infiltration angibt, füglich aufser Acht gelassen werden kann.

Die ziemlich übereinstimmenden Schilderungen von Neumann und Marianelli decken sich mit meinen Befunden in den vier Punkten, dafs die Blut- und Lymphgefäfse (in unserem ersten Falle nur im oberen Teile der Cutis) stark erweitert, die Epithelzapfen bedeutend verlängert, die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen stellenweise hochgradig ausgedehnt sind und dafs sich innerhalb des Epithels Nester von „Eiterzellen" befinden, obzwar ich in der genaueren Deutung der letztgenannten beiden Momente mit Neumann nicht übereinstimmen kann.

Dagegen ist es mir nicht möglich, wie Neumann, eine Analogie dieser Wanderzellenherde mit den Pusteln der Variola oder gar den Verbrennungsblasen zweiten Grades zu finden. Ebensowenig konnte ich eine Degeneration des kollagenen Gewebes in Gestalt einer „körnigen Trübung" konstatieren und vermag auch nicht zuzugeben, dafs der Prozefs sich an den Follikelmündungen koncentriert. Wie Neumann es sich denkt, dafs die Eiterzellenherde an die Oberfläche des Epithels rücken, um hier Bläschen zu bilden und was derselbe Autor unter „Wucherung der Follikelwandungen" versteht, ist mir nicht klar geworden; ebensowenig vermag ich einzusehen, wie man im Stande sein soll, die Wucherungsvorgänge durch einen Reiz zu erklären, der auf die Cutis von den abgeschiedenen Exsudaten ausgeübt werden soll, die „intensiver einwirken als die normalen Sekrete."

Es ist schade, dafs an diesem, in klinischer und histologischer Beziehung so eigentümlichen Krankheitsbilde durch NEUMANN der Begriff Pemphigus haften geblieben ist, der sich nicht bald wieder beseitigen lassen wird. Eine infektiöse, regionär lokalisierte Krankheit hat doch gewifs mit dem chronischen Pemphigus nicht das Geringste zu thun, auch wenn im Anfange Blasen dabei auftreten. Heute, wo wir uns bemühen sollten, die vielen unter dem Namen Pemphigus zusammengeworfenen Dermatosen möglichst zu sondern, würde es eines der ersten Erfordernisse sein, gerade diese absonderliche Krankheit als eine sui generis und unabhängig vom typischen Pemphigus chronicus hinzustellen. Ich will in diesem Sinne erwähnen, dafs Herr Dr. UNNA, obwohl er seinen Fall mit denen von NEUMANN identificierte, denselben stets unpräjudicierlich Erythema bullosum vegetans nannte. Provisorisch, bis die Auffindung des Infektionsträgers eine einfachere Bezeichnung zuläfst, halte ich diese Benennung für die wissenschaftlich richtigere.

Über HUTCHINSONs Sommerprurigo und Sommereruption.

Von

Dr. med. CARL BERLINER,
Assistenzarzt in Dr. UNNAs Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

Vortrag, gehalten auf der 63. Versammlung der Naturforscher und Ärzte zu Bremen vom 15. — 20. September 1890.

Meine Herren!

In der Privatklinik des Herrn Dr. UNNA befindet sich gegenwärtig ein Patient in Behandlung, der die bei uns selten beobachtete, von HUTCHINSON zuerst beschriebene Sommerprurigo zeigt. Es ist dies eine Krankheit, welche unter dem Einflusse der Sonnenwärme entsteht, in den heifsen, sonnigen Sommertagen am stärksten hervortritt und vorwiegend die den Sonnenstrahlen exponierten Körperteile, so das Gesicht, die Hände, die Vorderarme, so weit dieselben von der Bekleidung entblöfst sind, befällt. Nur selten werden auch andere Stellen, wie die Schultern, die Oberarme, die Beine oder der gesamte Körper ergriffen. — Die Affektion beginnt

in der frühesten Jugend oder in den Pubertätsjahren und charakterisiert sich auf der Haut durch eine intensive Röte der ergriffenen Partieen, durch erythematöse Akneknötchen oder durch prurigoähnliche, leichtes Jucken verursachende Efflorescenzen. Für gewöhnlich befällt die Krankheit nur eins von mehreren Mitgliedern derselben Familie. — Nach jahrelangem Bestehen, nachdem das Leiden den angewandten Mitteln hartnäckig Trotz geboten hat, verschwindet dasselbe mit Zurücklassung von Narben.

Die charakteristischen Merkmale auf der Haut, der frühzeitige Beginn, die lange Dauer und die Hartnäckigkeit des Leidens haben HUTCHINSON veranlafst die in den Sommermonaten auftretende Krankheit Summerprurigo, Acne prurigo, Prurigo aestivalis seu Prurigo adolescentium zu benennen, obwohl er sich bewufst war, dafs sich die Symptome dieser Affektion mit denen der HEBRAschen Prurigo keinesweg völlig deckten.

Die verschiedenen Namen, die HUTCHINSON seiner Krankheit beilegt, beweisen, dafs er um eine passende Bezeichnung für dieselbe offenbar in Verlegenheit war. Sie werden dies jedoch erklärlich finden, meine Herren, wenn Sie die in seinem Buche „*Lectures on clinical surgery*", Vol. I (*The rare diseases of skin*, p. 126—136) veröffentlichten Fälle dieser seltenen Hautaffektion im Folgenden kennen lernen.

Wir beginnen mit dem Falle PENNMANN, den wir unserer eingangs gegebenen Definition der Sommerprurigo gleichsam als Paradigma zu Grunde gelegt haben.

1. CHARLES PENNMANN bekam, als er 6 Monate alt war, im Anschlufs an die Masern einen Ausschlag, der längere Zeit hindurch im Winter verschwand, im Sommer stets von neuem ausbrach. Derselbe bestand in kleinen konischen, blafsroten Efflorescenzen mit flüssigem Inhalte, von denen einige pustulös wurden, zu gelblichgrünen Krusten eintrockneten, und nachdem diese abgefallen waren, flache weifse Narben hinterliefsen. Der Ausschlag hatte das erste Mal nur das Gesicht, später bis auf die Handteller, Fufssohlen und die Gelenke und den ganzen Körper ergriffen. Bei den sich jährlich wiederholenden Recidiven wurden stets die Wangen, die Stirn, die Handrücken und der Nacken am intensivsten befallen. Das Leiden bereitete, abgesehen von geringem Jucken und einer eigentümlichen prickelnden Empfindung während der Hitze, dem Patienten keinerlei Beschwerden. — Im Laufe der Jahre hat das Leiden stetig an Intensität verloren und ist bei Veröffentlichung des Falles, wo der Patient im Alter von 23 Jahren steht, mit Zurücklassung zahlreicher Narben, welche das Gesicht des jungen Mannes etwas entstellen, völlig verschwunden.

2. HARRIETH SMITH, 13 Jahr alt, menstruierte mit $8^1/_2$ Jahren zum ersten Male Kurze Zeit darauf brach an einem heifsen Sommertage auf den Armen, die das Mädchen meist entblöfst zu tragen pflegte, ein Ausschlag aus, der anfänglich heftiges Jucken verursachte. Das Hautleiden besserte sich im Winter, ohne gänzlich zu verschwinden und kam im nächsten Sommer wieder stärker zum Vorschein. In den ersten zwei Jahren blieb der Ausschlag auf die Arme beschränkt, ergriff später die Schultern, den Stamm und verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. Zuweilen zeigten sich, wenn die Eruption vollständig herausgetreten war, die unteren Extremitäten ödematös geschwollen. Das Gesicht wurde erst in den letzten 3 Jahren

befallen. Die Handteller, die Fufssohlen, die Kopfhaut, die Gelenke und hauptsächlich solche Stellen, wo die Haut sehr dünn ist, waren stets frei von der Affektion. — Gegenwärtig besteht der Ausschlag in kleinen, undeutlich begrenzten Papeln, die entweder glatt oder mit einer dünnen, festhaftenden Schuppe bedeckt sind und durch Kratzen sehr leicht bluten. Zwischen diesen Papeln sind überall zahlreiche, weifse, flache Narben zu sehen. Die Haut ist verfärbt, rauh, an einigen Stellen verdickt. — Unter 7 Geschwistern ist die Patientin die einzige, welche an dieser Hautkrankheit leidet. Theerbäder haben ihr bis jetzt die beste Erleichterung verschafft.

Nach Hutchinsons Ansicht bestand in dem vorliegenden Falle ursprünglich Prurigo und erst infolge des Kratzens gewann das Leiden das oben beschriebene veränderte Aussehen.

3. S. Hoop war wegen eines pruriginösen Ausschlages im Gesichte, an den Vorderarmen und an den Beinen längere Zeit in Hutchinsons Behandlung. Der Ausschlag, der sich stets im Winter besserte, besteht gegenwärtig nur in einigen Bläschen und prurigoähnlichen Effloreseenzen.

4. Mary Ashton, 29 Jahr alt, verheiratet, leidet bereits den zweiten Sommer an einem pruriginösen Ausschlage an Armen, Brust und Beinen. Ihr Gesicht ist nur wenig ergriffen. Im Winter ist sie frei von ihrem Leiden.

5. William Hopkins, 24 Jahr alt, leidet seit 6 Jahren an Prurigo. Die Affektion war bis zu einer gewissen Ausdehnung ekzematös und hatte die verschiedensten Körperteile ergriffen. Das Leiden war am schlimmsten im Frühling und Herbst, verschwand aber auch im Winter und Sommer nicht gänzlich. Die Haut der unteren Extremitäten war trocken, rauh und zeigte zahlreiche Kratzeffekte. Den Anfang der Eruption bildeten stets rote Flecke, welche durch Reiben oder Kratzen weifs wurden In der Kindheit hatte der Patient und ebenso eine Schwester einen Kopfausschlag gehabt. Gegenwärtig ist jedoch die Schwester gesund.

6. S. Smith, 14 Jahr alt, hatte 3 Jahre hindurch jeden Sommer einen papulösen Ausschlag, von dem in symmetrischer Weise Arme, Hände und am stärksten das Gesicht befallen waren. Jucken bestand nur wenig. Zwei ihrer Brüder hatten eine ähnliche Hautkrankheit. Gegenwärtig ist das Leiden fast ganz geheilt.

7. Robert Stole, 19 Jahr alt, leidet seit einigen Jahren an einem pruriginösen Ausschlage, der bei heifser Witterung schlimmer, im Winter meistens gut wird. Er griffen waren stets die Arme; gegenwärtig zeigen auch andere Körpertheile die Affektion. Bei der Untersuchung fanden sich Pediculi auf dem Kopfe, nicht aber auf den Kleidern.

8. Mary Anna Wood, 33 Jahr alt, Wittwe, leidet seit ihrem 13. Lebensjahre jeden Sommer an ihrer Affektion. Sie schreibt die Krankheit dem Einflusse der Jahreszeit zu und giebt an, im Winter stets frei davon zu sein. — Der Ausschlag bedeckt ziemlich stark die Beuge- und Streckseiten der Arme, die Streckseite des Ellenbogengelenks und die Handrücken. Wenig ergriffen war das Gesicht, stärker die Beine und die Zehen. Frei waren die Beugeseiten der Gelenke. Das Jucken war zeitweilig sehr intensiv. Trotz der langen Dauer verbitterte ihr das Leiden durchaus nicht ihr Leben.

9. Jane Bewick, 22 Jahr alt, bekam vor 5 Jahren einen Ausschlag, der am stärksten auf dem Gesichte und den Handrücken, schwächer auf anderen Körperstellen ausgeprägt war und im Sommer sich stets verschlimmerte. Das Gesicht der Patientin war gerötet, zeigte aber weder Komedonen noch Aknepusteln. Im Übrigen glich der Ausschlag, der sich nur einmal mit Urticaria komplicierte, ganz dem im Falle Pennmann (1).

10. Harriet Aclams, 17 Jahr alt, bekam vor 9 Jahren einen Ausschlag, der zuerst das Gesicht, die Arme, später auch zum geringen Teile die Brust, die Schulter, die Streckseite der Ellenbogengelenke ergriff, die anderen Körperteile dagegen gänzlich frei liefs. Der Ausschlag war teils papulös, teils ekzemetös, stellenweise zeigte er den Charakter von Bläschen. Überall waren Kratzeffekte zu sehen. Auch hier zeigte die Eruption grofse Ähnlichkeit mit der Pennmannschen. Die Patientin war die einzige unter 10 Geschwistern, die an der Krankheit litt. Im Winter war die Haut gänzlich gesund, ausgenommen den letzten, in welchem das Leiden in geringem Mafse fortbestand. Unter der Behandlung mit Quecksilber, Arsenik, Theer besserte sich der Ausschlag, der bei heifsem Wetter stets am schlimmsten hervortrat.

11. Catherine Draper, 16 Jahr, kam mit einem Ausschlage von „Lichenprurigo" in die Behandlung. Befallen waren Gesicht, Stirn, Streckseiten der Arme und die Brust. Es war dies bereits die zweite Attacke. Das Leiden hatte genau vor einem Jahre begonnen und den ganzen Sommer hindurch angehalten und erst mit Eintritt der kalten Witterung sich gebessert. Eine gleiche Eruption war in früheren Jahren nicht vorgekommen.

12. Mary Henning, 22 Jahr alt, neigt seit 10 Jahren jeden Frühling und Herbst zu pruriginösen Ausschlägen. Den ersten Anfall bekam sie ziemlich plötzlich im Sommer als 12jähriges Mädchen. Damals wurden Gesicht und Arme, in späteren Jahren zeitweilig auch Rücken, Brust und Beine von der Affektion befallen, die bei ihrer sonstigen Ähnlichkeit mit dem Falle Pennmann doch im Gegensatze zu diesem häufig eine Tendenz zu Urticariaquaddeln zeigte. Am besten fühlte sich die Patientin bei kaltem Wetter, und einige Male während des Winters war ihr Leiden auf wenige isolierte Flecke beschränkt.

13. Eliza Martin, 38 Jahr alt, verheiratet, leidet seit 5—6 Jahren an einem in jedem Sommer recidivierenden, pruriginösen Ausschlage auf dem Gesichte, den Armen, dem Rumpfe und in geringem Mafse an den Unterextremitäten. Das Leiden begann den ersten Sommer, den sie in London zubrachte.

14. Kate Newmann, 11 Jahr alt, bekam vor 18 Monaten einen Ausschlag, der stark juckte und durch zum Teil blutig gekratzte Papeln ausgezeichnet war. Befallen war ausschliefslich das Gesicht, die Ohren und die Gegend hinter denselben. Bei heifser Witterung war das Leiden stets schlimmer. — In der Verwandtschaft ist ein ähnlicher Fall nicht vorgekommen. Die Affektion widerstand den bisher angewandten Mitteln Arsenik, Quecksilbersalbe.

Um die für Hutchinsons Sommerkrankheit wesentlichsten Punkte besser fixieren zu können, stellen wir die eben erwähnten 14 Fälle tabellarisch zusammen.

Bei allen den genannten Fällen ist der Einfluſs der Sonnenwärme auf das Entstehen, auf die In- und Extensität der Hautaffektion unverkennbar. Die Krankheit ist ohne Ausnahme im Sommer oder mit Eintritt der wärmeren Tage im Frühlinge ausgebrochen und hat, die Fälle 5 u. 12 ausgenommen, den ganzen Sommer hindurch angehalten, um im Winter oder schon im Herbste ganz zu verschwinden oder doch eine wesentliche Besserung zu erfahren. Für den Einfluſs der direkten Sonnenstrahlen spricht ferner, daſs die unbedeckten, der Sonne ausgesetzten Körperteile, wie Gesicht, Ohren, Hals, Arme, Hände in der Mehrzahl der Fälle

zuerst und am schwersten in Mitleidenschaft gezogen wurden. Nachträglich griff allerdings die Affektion auch auf andere Stellen des Körpers über. Es bleibt aber immerhin fraglich, inwieweit nicht das Jucken und das damit verknüpfte Kratzen an dieser Weiterverbreitung und an der Modifikation, die der Ausschlag vielfach später erfahren hat, beteiligt ist.

Dieser Ausschlag zeigt in den prurigoähnlichen Efflorescenzen und in dem mehr oder weniger intensiven Juckreiz einen ausgesprochen pruriginösen Charakter.

In Bezug auf das Lebensalter, in dem die Krankheit ihren Anfang nimmt, differieren die einzelnen Fälle sehr untereinander. Der Häufigkeit nach fällt der Beginn in die Pubertätsjahre.

Über die Dauer und über den Ausgang der Krankheit läfst sich eine bestimmte Angabe nicht machen, da nur der Fall PENNMANN (1) mit der völligen Heilung des Patienten abschliefst, während bei den übrigen die Affektion noch fortbesteht. Gewifs ist, dafs sich die Krankheit über Jahre hinaus erstreckt und mit der Zeit einen milden Charakter annimmt. Vielleicht endigt sie auch wie im Falle PENNMANN mit der vollständigen Heilung des Patienten. Jedenfalls wäre es im Interesse eines abgerundeten Krankheitsbildes erwünscht, wenn HUTCHINSON, nachdem seit der Veröffentlichung seiner Fälle bereits eine Reihe von Jahren verflossen ist, einiges über den weiteren Verlauf und den Ausgang, den die Krankheit in der Mehrzahl der übrigen Fälle genommen, mitteilen würde.

Sehen wir den Beginn im Sommer, den pruriginösen Ausschlag und die Lokalisation auf den der Sonne exponierten Körperteilen als die ersten, hervorstechendsten Eigentümlichkeiten dieser Affektion an, so scheint uns HUTCHINSONS Bezeichnung „Summerprurigo" als die zutreffendste, obwohl dieselbe leicht dazu verleitet, in der Krankheit eine Analogie zu HEBRAS Prurigo zu sehen. Es fehlen für eine solche Analogie der HUTCHINSONschen Sommerprurigo der zweifellos frühzeitige Beginn, die Erblichkeit, die Unheilbarkeit und der schlimme Ausgang der HEBRAschen Krankheit. Unter den Namen Sommerprurigo lassen sich mit mehr oder weniger Zwang die meisten der beschriebenen Fälle bringen. Schwer hält dies nur bei Fall HOPKINS (5), der die für die Sommerkrankheit erforderlichen Bedingungen nur in Bezug auf den pruriginösen Auschlag erfüllt. Wir thun deshalb am besten diesen Fall gänzlich hier auszuscheiden.

In einer späteren Abhandlung („*Clinical Society's Transactions*" Vol. XXII) unterscheidet HUTCHINSON diese Sommerprurigo, wie sie sich insbesondere im Falle PENNMANN äufsert, von einer ähnlichen, in manchen Punkten mit jener übereinstimmenden, in einzelnen aber wesentlich abweichenden Affektion, die er einfach „Summereruption" (a form of KAPOSI's disease) genannt hat. Die Beschreibung dieser zweiten Form

betrifft einen nunmehr 21jährigen jungen Mann namens J. Hayes, der in seinem zweiten Lebensjahre auf dem Gesichte und an den Händen Bläschen und Blasen bekommen hatte, die nach kurzer Zeit zu gelblichen Krusten eintrockneten und wie von Pocken herrührende Narben hinterliefsen. Mit Beginn eines jeden Sommers brach die Krankheit meistens auf denselben Körperstellen von Neuem aus und verschwand im Herbst, in schwereren Anfällen erst um die Weihnachtszeit. Nur ein einziges Mal hatte die Affektion den ganzen Körper ergriffen. Hutchinson bekam den Patienten im Alter von 9 Jahren in Behandlung und hat den Zustand zur Zeit der Aufnahme im Bilde fixiert. Ich lege Ihnen dasselbe zur Ansicht vor. Wir sehen Nase, Wangen und Ohren bedeckt mit übel aussehenden, ziemlich symmetrisch angeordneten Blasen von verschiedener Gröfse, welche die Tendenz zeigen, sich peripherisch auszubreiten und gegen das Centrum hin einzusinken. Einige fliefsen mit den benachbarten zu gröfseren, unregelmäfsigen Plaques zusammen. Keine derselben zeigt den abgerundeten und erhabenen Rand der Pemphigusblasen. Sie trocknen schnell ein und hinterlassen gelbe Krusten. Auf der Stirn zeigt das Bild deutliche Narben. Jucken verursacht die Affektion nicht. Der Patient hatte weder Varicellen noch Variola gehabt. Dies ungefähr die Beschreibung des Zustandes bei der Aufnahme des Patienten im Jahre 1876. Hutchinson sah den Knaben in jedem Sommer wieder, da die Behandlung mit Arsenik, Tonicis, mit verschiedenen äufserlichen Medikamenten nur von vorübergehender Wirkung waren. Sechs Jahre später berichtet Hutchinson über diesen Fall, wie folgt: Der Patient, nunmehr 15 Jahre alt, neigt immer noch zu seinen sommerlichen Eruptionen. Er schreibt dieselben ausschliefslich dem Einflusse der Sonne zu; sie dauern mehr oder weniger den ganzen Sommer hindurch und verschwinden nur selten auf kurze Zeit. Die Krankheit hindert ihn, jeglicher Beschäftigung nachzugehen, weil die Leute die Flecke auf dem Gesichte für Pocken halten. Die Affektion hat mit der Zeit einen milderen Charakter angenommen. Die Hände zeigen die Spuren der Krankheit viel weniger als das Gesicht, insbesondere sind sie aber an Stirn und Nasenrücken. Am schwersten sind von der Affektion die Ohren mitgenommen. Nach weiteren 6 Jahren, bei Veröffentlichung dieses Falles im Jahre 1888, teilt Hutchinson mit, dafs der im Alter von 21 Jahren stehende junge Mann sich einer guten Gesundheit erfreue. Seine Hautkrankheit sei seit einigen Jahren auch während des letzten heifsen Sommers nicht wiedergekehrt und habe mit Ausnahme von Narben auf dem Gesicht, den Ohren und an den Händen keine, das Allgemeinbefinden beeinträchtigende Spuren hinterlassen. Die Affektion habe mit jedem neuen Jahre an In- und Extensität abgenommen, und es lasse sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ob die Heilung einzig und allein der Behandlung zuzuschreiben sei.

Jamieson veröffentlicht in *Lancet* (18. August 1889) einen ähnlichen Fall. Sein Patient G. T. ist jetzt 18 Jahre alt, auf dem Lande geboren und dort noch wohnhaft. Eltern und zehn Geschwister sind gesund. Im 13. Lebensjahre begann das Leiden und kehrte stets mit Eintritt der wärmeren Tage wieder. Im April, früher in einem hellen warmen, später in einem regnerischen kalten Frühling, wurden seine Ohren rot und schwollen an. Es entwickelten sich besonders an den Rändern des Ohrläppchens Blasen, die nach kurzem Bestande aufbrachen und mit Krusten bedeckte Exkoriationen hinterliefsen. Letztere heilten langsam ab und machten flachen Narben, als dauernden Überbleibseln der Affektion, Platz. Frische Blasen entstehen in Zwischenräumen auch jetzt noch den ganzen Sommer hindurch und verschwinden erst gegen Ende September ohne neue Nachschübe von der Bildfläche. Während des Winters schwellen die Ohren bisweilen an, aber es entstehen keine Bläschen. An den Wangen, den Handrücken und dem Nacken entwickeln sich, sobald eine Eruption beginnt, runde, kleine isolierte Bläschen, jedes umgeben von einem engen, roten Hof, den Überresten eines roten Pickelchens, welches den Bläschen vorangegangen war. Diese Bläschen sind zahlreich auf den Wangen, weniger an anderen Stellen. Weifse Narben, die von früheren Attacken zurückgeblieben waren, sind an den erwähnten Körperstellen ziemlich dicht nebeneinander zu sehen. Das Gesicht zeigt einige gewöhnliche Sommersprossen; von Pigmentflecken oder Telangiektasieen ist nichts zu sehen.

Der erste, der diese Form der Hutchinsonschen Krankheit beschrieben hat, war Bazin. Wir entnehmen seinem „*Cours de Séméiotique cutanée*“ p. 261 kurz Folgendes. Im Frühling und im Sommer erscheinen unter dem Einflusse der Sonnenwärme zuweilen auch des Windes bei den für diese Krankheit disponierten, meist schon im frühen Alter auf den unbedeckten Körperteilen, so auf der Nase, den Wangen, Händen, selten an anderen Stellen zuerst rote Flecke. Auf diesen schiefsen nach einem Tage runde Bläschen hervor, die in 24 Stunden eine deutliche Delle zeigen. In den nächsten Tagen wachsen die Efflorescenzen in der Peripherie bis zu Linsengröfse, während sie vom Centrum aus zu einer Kruste eintrocknen.

Sobald diese abgefallen, bleibt eine vertiefte Narbe zurück. Leute mit solchen Narben sehen aus, als ob sie die Pocken durchgemacht hätten. Die Affektion steht vielfach unter dem Einflusse der Witterung und neigt sehr zu Recidiven. Zuweilen gehen der Eruption gichtische Symptome voran. —

Bazin beschreibt den ersten Fall, den er von dieser seltenen Hautkrankheit gesehen, und nach welchem er dieselbe Hydroa vacciniforme genannt hat, ungefähr folgendermafsen:

Der kleine 8½ Jahr alte Patient R. leidet seit längerer Zeit an einem Hautausschlag, der stets nur das Gesicht und die Handrücken ergreift, sich oft bessert, um bald nachher von neuem auszubrechen. Über den Gesundheitszustand seiner Eltern weifs der Knabe nichts anzugeben, ebensowenig, unter welchem Einflusse die Krankheit auftritt. Den letzten Anfall bekam er vor ca. 2 Wochen, nachdem er 3 Wochen lang Ruhe gehabt hatte. Das Allgemeinbefinden des kleinen Patienten war durch das Leiden ungestört. — Bei der Aufnahme desselben sind der Rücken und die seitlichen Partieen der Nase am stärksten befallen. Auf der Stirn, neben den Augenbrauen und auf den Wangen findet man einige isolierte Efflorescenzen, welche ebenso wie die auf der Nase mit grünlich gelben, festhaftenden Krusten bedeckt sind. An einigen Stellen zeigen sich mit Serum erfüllte und mit einer Delle versehene Bläschen, als Elemente eines weniger vorgeschrittenen Stadiums; an anderen Stellen sieht man Pusteln, ebenfalls gedellt, jedoch mit mehr eiterigem Inhalte. Auf der Stirn und beinahe auf dem ganzen Gesichte finden sich besonders dort, wo gegenwärtig die Affektion nicht vorhanden ist, zahlreiche kleine weifsliche, wie von Pocken oder Impfpusteln herrührende Narben, die Spuren abgeheilter Eruptionen. — Auf dem Handrücken beiderseits bemerkt man breite, krustige Plaques ähnlich denen im Gesichte, aufserdem 5 bis 6 vesico-pustulöse Efflorescenzen. — Die benachbarten Hautstellen sind vollständig normal. Es besteht an den ergriffenen Partieen ein wenig Stechen und Jucken. Dagegen sind Kratzeffekte nirgends zu sehen. Der Zustand hat sich unter der Behandlung mit Streupulver und Purgantien sehr schnell gebessert. Es sind nach Beseitigung der Krusten nur noch Narben als die einzigen Zeichen der letzten Eruption zurückgeblieben.

Handford hat in den *Illustrated med. News*, Oktober 1889, einen sehr prägnanten Fall der Bazinschen Hydroa vacciniforme veröffentlicht, den ich Ihnen zur Vervollständigung des Bildes in kurzen Zügen mitteilen will. Der Fall betrifft einen 7jährigen, im übrigen gesunden Knaben. Eltern und Geschwister sind gesund. Der Knabe ist geimpft, hat niemals Varicellen oder sonst einen Hautausschlag gehabt. Er zeigt auf dem Gesichte keine Sommersprossen. Nach den Angaben der Mutter bekam er im Alter von 2 Jahren den ersten Anfall auf der Stirn, im nächsten Frühling einen zweiten am Kinn. Die Anfälle wiederholten sich seitdem jedes Jahr, und zwar begannen sie gewöhnlich im April und hielten bis August oder September an. Die Mutter ist vollständig überzeugt, dafs der Ausbruch der Hautkrankheit im Zusammenhang mit der Sonnenwärme steht. Denn oftmals nur wenige Stunden, nachdem das Kind der Sonne ausgesetzt war, zeigten sich auf dem Gesichte kleine Pickelchen, die zunächst stecknadelkopf- später linsengrofs, nach 3 bis 4

Tagen zu Bläschen und Blasen anwuchsen und unter Eintrocknen des Centrums zu einer gelblichen Kruste ganz das Aussehen von Pocken gewannen. Am 6. oder 7. Tage pflegten die Krusten abzufallen und weifsliche Narben zurückzulassen. Die Krankheit beschränkte sich gewöhnlich auf das Gesicht und den Hals, ergriff auch gelegentlich einmal die Hände und die Vorderarme. Ganz hervorragend sind die Ohren ergriffen, die im gegenwärtigen Zustande an der Oberfläche verdickt und rauh erscheinen. Das Gesicht ist jetzt mit Narben bedeckt, die von Pockennarben kaum zu unterscheiden sind. Die Behandlung war bislang ohne Erfolg. Ich lege Ihnen, meine Herren, eine Abbildung dieses Falles vor. Aus der Beschreibung werden Sie die grofse Ähnlichkeit dieser Krankheit mit HUTCHINSONS Sommereruption erkennen.

(Schluſs folgt.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Syphilis der Ammen. Von MOREL-LAVALLÉE. (*Journ. des Mal. cut. et syph.*, Bd. I., S. 225.) Wie hat der Arzt sich zu verhalten, wenn Säugling oder Amme, oder beide sich als syphilitisch erweisen? Wie wahrt er in solchen Fällen am besten die Ehre der Familie, das Amtsgeheimnis und die Gesundheit seiner Mitmenschen? Das sind die Fragen, deren Beantwortung der Autor in dieser Abhandlung unternimmt. Er bezieht sich dabei zu sehr auf französische Verhältnisse und französische Gesetze, als daſs alle von ihm ins Auge gefaſsten Möglichkeiten den deutschen Leser gleichmäſsig interessieren könnten. Darin aber stimmen wohl Alle mit ihm überein, daſs beim syphilitischen Kinde und noch gesunder Amme der Säugling sofort abgenommen werde; man nähre ihn dann entweder mit der Flasche weiter, oder verschaffe ihm eine bereits syphilitische Amme; die gesunde Amme müsse man, da sie möglicher Weise doch schon angesteckt sein könne, die nächsten 5—6 Wochen sorgfältig überwachen; der Arzt habe aber kein Recht, ihr zu sagen, daſs der Säugling syphilitisch sei.

Möge die Arbeit, welche ihr Thema gründlich erörtert und sehr viel neue Anregungen gibt, dazu beitragen, die Prophylaxe der Syphilis zu fördern.

Türkheim-Hamburg.

Die Maſsregeln zur Unterdrückung der Syphilis früher und jetzt. Von F. BURET. (*Journ. des Mal. cut. et syph.*, Bd. I., S. 272.) Der Titel sagt so ziemlich Alles. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Prophylaxe der Syphilis von Moses Zeiten an bringt Verf. eine knappe Darstellung der jetzt in den Kulturstaaten landläufigen Maſsregeln, um die Weiterverbreitung der Syphilis zu verhindern, und widmet den Rest seiner Skizze den Pariser Zuständen, für deren Verbesserung er teils eigne, teils fremde Vorschläge empfiehlt.

Türkheim-Hamburg.

Die Syphilis in Rom zur Zeit der Cäsaren. Von F. Buret. (*Journ. des Mal. cut. et syph.*, Bd. II., S. 4.) In dieser kritischen Abhandlung wird die Legende von dem amerikanischen Ursprung der Syphilis gründlich zerstört. An der Hand römischer Schriftsteller, wie Celsus, Plinius, Martial u. s. w., weist B. nach, dafs auch den Alten die Lustseuche keineswegs unbekannt war, dafs sie vielmehr schon im antiken Rom zu den verbreitetsten und gefürchtetsten Krankheiten gehörte.

Türkheim-Hamburg.

Die rationelle Behandlung der Syphilis. Von F. Buret. (*Journ. des Mal. cut. et syph.*, Bd. II., S. 65.) Diese, wohl mehr für das grofse Publikum geschriebene Abhandlung, bringt dem Arzt wenig Neues. Für die Schmierkur ist B. nicht sonderlich eingenommen, empfiehlt dagegen sehr den innerlichen Gebrauch des Sublimats (tägl. 0,02). Die Anwendungsweise der einzelnen in Vorschlag gebrachten Mittel wird bis ins kleinste angegeben. — Die Skizze selber ist einem gröfseren geschichtlichen Werk Burets über die Syphilis entnommen. *Türkheim-Hamburg.*

Zwei Fälle von langer Inkubation des harten Schankers. Von P. Puech, Montpellier. (*Journ. des Mal. cut. et syph.*, Bd. II., S. 88.) In dem einen Fall zeigte sich der Schanker erst 81 Tage nach dem letzten Coitus. Dieser Fall ist deshalb für die Kasuistik sehr wertvoll, weil er so ziemlich unanfechtbar dasteht. Denn er betraf einen jungen Mediziner, der aus Furcht vor Syphilis seine Genitalien Morgen für Morgen gewissenhaft untersuchte. Wenn der zweite Fall, bei dem es sich um ein junges Dienstmädchen handelte, in dieser Beziehung auch nicht so ganz zuverlässig erscheint, so bietet er doch in anderer Beziehung viel Lehrreiches. Denn einmal weist hier die Inkubation sogar eine Dauer von 97 Tagen auf (letzter Coitus am 20. Februar, erstes Bemerktwerden des Schankers am 5. Juni), und andernteils fiel in diese Inkubationszeit eine Variola von mehrwöchentlicher Dauer. Puech ist nun geneigt — und führt für seine Ansicht sehr triftige Gründe ins Feld — das späte Auftreten des Schankers von der fieberhaften Erkrankung abhängig zu machen. Die Fieberhitze sei wohl imstande, den Syphilis-Mikroben längere Zeit in seinem Wachstum zu verhindern, wenn sie auch nicht stark genug sei, ihn ganz zu zerstören. Thatsächlich wird ja auch der Ausbruch des sekundären Stadiums durch interkurrente fieberhafte Erkrankungen oft monatelang hintangehalten.

Türkheim-Hamburg.

Die syphilitischen Zungenerkrankungen des Sekundärstadiums. Von A. Fournier. (*Journ. des Mal. cut. et syph.*, Bd. II., S. 99.) Die Skizze ist einem längeren Vortrag entnommen, der sich in der *Union médicale* vom 15. Mai 1890 veröffentlicht findet. — Zwei Arten von Syphiliden kommen auf der Zunge vor, trockene und feuchte. Zu den letzteren gehören die Erosionen, die Papeln und die Ulcerationen. Die Erosionen verdienen besondere Beachtung; sie werden sehr leicht übersehen und bilden doch eine so häufige Quelle der Syphilis-Übertragung. Die Gruppe der trockenen Syphilide ist als Glossitis tonsurans, Psoriasis lingualis u. s. w. beschrieben. Fournier schildert eingehend ihre pathologische Anatomie. Differentielldiagnostisch bespricht er zum Schlufs ausführlich eine Form, die er selber früher häufig mit Zungensyphiliden verwechselt hat: den recidivierenden Herpes buccalis der Syphilitiker, der viele Analogien mit dem zuerst von Doyon beschriebenen recidivierenden Herpes genitalis hat. Jener Herpes der Zunge, der mit Schleimhaut-Plaques leicht verwechselt werden kann, ist selber nicht luetischer Natur. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Syphilis mittelst Resorption der Medikamente von der Haut aus. Von Brémond Fils. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I., S. 297.) B. empfiehlt

dieses Verfahren, wo weder Schmierkur, noch Quecksilber und Jodkali innerlich vertragen werden. Er hat namentlich mit Hydrarg. bichlor. und Jodkali operiert. Zwei kurz mitgeteilte Krankengeschichten sollen das Zweckmäfsige dieser Methode belegen. Über die Anwendungsweise äufsert er sich in dieser Abhandlung nur so weit, dafs er eine Lösung von 1 g Hg. bichlor. auf 100 g Alkohol verwendete.

Türkheim - Hamburg.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Parakeratosis scutularis, von P. G. Unna. (*Intern. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Heft III. No. VIII.) Hamburg 1890, Leopold Voss. Ein 41jähriger Kaufmann, welcher seit seiner Jugend an Kopfschuppen litt und am Rücken einen rauhen roten Fleck von geringer Ausdehnung besafs, bekam vor $^1/_2$ Jahre eine schuppende Kopfaffektion, welche binnen 2 Monaten den Rumpf, Oberextremitäten und Unterschenkel befiel. Vor 6 Wochen wurden auch die Nägel ergriffen.

Der Kopf ist bedeckt mit ungemein dicken, fettigen, auf der Unterfläche mehr kalkigen Borken, welche die Haare büschelweise einschliefsen. Die einzelnen Haare haben zolllange, gelbweifse, wachsartige Hornmanschetten, welche durch Zusammenschmelzen die dem Kopfe fest anliegenden Borken geben. Das Haarwachstum ist nicht sehr beeinträchtigt. An der vorderen Haargrenze befindet sich ein $^1/_2$—1 cm breiter haarloser, roter, sehr trockener und rauher Hautstreifen.

Die Haut des Gesichtes ist sehr fettig und gerötet. An den Mundwinkeln sitzen feine weifse Schuppen. Die Follikelmündungen der Nasenflügelfurchen tragen feine senkrecht hervorstehende und deshalb haarähnliche, weifse Horncylinder. Der Bart zeigt ähnliche Veränderungen, ebenso wie der äufsere Gehörgang.

Brust und Bauch zeigen eine Anzahl thaler- bis handgrofser Flecken, deren Grundfarbe ein helles Rehbraun ist; die jüngsten derselben tragen eine Gruppe von 6—8 Follikelmündungen, welche gleichfalls Hornkegel tragen (ähnlich wie bei der Pityriasis rubra), welche von gelbroter Farbe sind; die gröfseren von ihnen sind an der Spitze weifs, indem sie sich mit horizontal gelagerten Schuppen bedecken. Sind viele solche Hornkegel dicht bei einander gelegen, so bedeckt alle ein gemeinsamer Schuppenhügel in Form eines Schildes. Beim Abnehmen dieses Schildes zeigt sich die Haut darunter dunkelrot, feucht und glänzend, nicht nässend, nicht blutend (Psoriasis) und nicht an der Peripherie leicht erodiert (wie beim nummulären, seborrhoischen Ekzem). Die Follikelmündungen sind nach Entfernung des Schildes weit klaffend. Die Schuppenhügel lösen sich leicht ab; in demselben Augenblicke, wo das geschieht, zieht die darunterliegende Haut sich zusammen, sodafs die Follikelmündungen aneinander rücken, und der vorher blasse Fleck wird rot. Es mufs also ein Druck von der Schuppe ausgeübt worden sein.

Der Nacken und die Wirbelsäulengegend bis zum Kreuzbein ist in derselben Weise befallen, wie die Vorderseite des Rumpfes. Einzelne Flecke befinden sich auch auf den Oberschenkeln, während die Unterschenkel wieder stärker heimgesucht werden. Die Schuppendeckel der letzteren sind flach und auf der Oberfläche unregelmäfsig wellig.

Die sämtlichen Nägel des Kranken zeigen Erscheinungen, wie sie bei der Hyperkeratosis subungualis beobachtet worden sind, d. h. zwischen Nagelplatte und

Nagelbett hat sich eine dicke Hornmasse gebildet, die die Nagelplatte in die Höhe hebt. Sekundär stellen sich Verfärbung und Zersplitterung der Nagelplatte ein.

Pyrogallol-, Resorcin- und Schwefelbehandlung kombiniert mit häufigen Seifenbädern stellten den Patienten vollkommen wieder her. Die Haare wuchsen reichlich nach und die Nägel wurden wieder normal. Die Flecke am Rumpfe hinterliefsen Pigmentierungen mit normalen Centren.

Die Untersuchung der einzelnen Teile konnte sich nur auf die Schuppen und Hornkegel erstrecken. Die ersteren erinnerten durch ihren terrassenförmigen Aufbau an Rupia. Kehrt man die Schuppe um, so ist dieselbe hohl und ganz dünn und erinnert an den Rückenschild der Schildkröten. An der Innenseite dieser Schuppen sitzen die den Follikelmündungen entsprechenden Hornkegel als Stacheln oder Spitzen welche alle in gleicher Höhe enden, indem sie nach dem Rande der Schuppe zu immer kleiner werden. Unterm Mikroskop betrachtet bestehen die Schuppen aus Hornzellenlagen, welche etwas Fett enthalten. Das meiste Fett besitzen die die Haare zusammenklebenden wachsartigen Hornplatten. Die Hornkegel entsprechen am meisten den Hornkegeln der Pityriasis rubra Devergie. Sie enthalten gewöhnlich mehrere Haare, welche über einander im Hornkegel stecken, also zu verschiedenen Zeiten den selben verlassen haben. Das oberste und älteste Haar ist das dünnste, woraus man auf eine allmähliche Vergröfserung des Follikels mit Produktion stärkerer Haare schliefsen könnte. Mikroskopische und Makroskopische Bilder geben dem Leser einen klaren Begriff von der geschilderten Affektion. *P. Taenzer-Bremen.*

Keratodermia symmetrica erythematosa, von E. Besnier. (*Intern. Atlas selt. Hautkrankheiten* Heft II. No. Va.) Hamburg 1890, Leopold Voss. Aus der grofsen Gruppe der Krankheiten, welche die Palmar- und Plantarflächen befallen, greift B. die in der Überschrift benannte heraus und charakterisiert sie kurz wie folgt: „Die Hyperkeratose tritt inselförmig an der Palmarfläche aller Finger vor dem unteren vorderen Ende der Metakarpalknochen, vor der Erhebung des Daumenballens und längs des Ulnarrandes der Hohlhand auf. Auf jedem Inselchen bemerkt man zuerst die allgemeine, beträchtliche Dicke der Hornschicht, alsdann die Hypertrophie der normalen Furchung, deren zierliche Zeichnung nur durch Erosionen, Risse und Spalten, welche durch äufsere Ursache bedingt sind, unterbrochen wird. In den Zwischenräumen ist die Haut vollkommen gesund und wird von den nicht befallenen Partieen durch eine erythematöse Zone von 5—6 mm Breite geschieden. Keine Spur von Ekzem zu irgend einer Zeit".

Histologischer Befund: Verdickung der Hornschicht, welche sich theilweise stark mit Karmin statt mit Pikrinsäure färbt (bei Pikrokarminfärbung). Knäueldrüsengänge erweitert. Lineare Spalten bis zu den an die Stachelschicht angrenzenden Lagen. Die Zellen scheinen, anstatt normal zu vertrocknen und zu degenerieren, zu einer homogenen kompakten Hornmasse zusammengeschweifst zu werden. Wo die Hornschicht abgehoben ist, ist der Papillarkörper hypertrophiert, und die Papillenspitzen tragen kleine Hornkegel.

Verlauf ist langwierig, schmerzfrei, ohne Sensibilitätsstörungen. Die Bewegungsfähigkeit ist durch die schmerzhafte Rhagadenbildung beschränkt. Die Krankheit ist symmetrisch und an den Händen ausgesprochener als an den Füfsen und unabhängig vom Beruf des Kranken. Die Nägel sind eingebuchtet und die Endphalangen an den Seiten abgeplattet. Die Therapie bestand in Kaliseifenapplikation mit Occlusivverband. Das Krankheitsbild ist durch eine wahrhaft künstlerisch ausgeführte Tafel in Buntdruck dargestellt, die eine Beschreibung der Affektion vollständig entbehrlich macht. Die Details sind in der Abbildung so vorzüglich wiedergegeben, dafs man sogar die Lupe in Anwendung bringen kann. *P. Taenzer-Bremen.*

b. *der Cutis.*

Dermatitis pustulosa chronica mit excentrisch wachsenden Herden, von H. Hallopeau. (*Intern. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Heft III. No. VII.) Hamburg 1890, Leopold Voss. Der 50jährige Kranke leidet seit 15 Monaten an dieser Krankheit, welche aufser der äufseren Haut auch die Schleimhaut des Mundes ergriffen hat. Der untere Teil des Rumpfes, sowie die oberen Abschnitte der Schenkel sind vorn und an den Seiten dunkelbraun gefärbt; die Verfärbung setzt sich gegen das gesunde Gewebe scharf ab. Die befallene Haut ist ziemlich verdickt und mit mehr oder minder harten Erhabenheiten von Hirsekorn- bis 50 centimes-Stück-Gröfse besetzt Zahlreiche dunklere Punkte heben sich von dem braunen Untergrunde ab. Diese Fläche entspricht meistens ausgeheilten Herden dieser Affektion, auf der sich jedoch z. Z. wieder neue Herde gebildet haben. Die neuen Eruptionen sind vesiko-pustulöser Natur, und enthalten eine ursprünglich trübe Flüssigkeit, die aber schnell eitrig wird, und ist von einem roten Hofe umgeben. Indem sich nun um solch vesiko-pustulöse Element sehr bald ähnliche Eiterknötchen entwickeln, bildet sich ein excentrisch wachsender Herd von allmählich zunehmender Gröfse. Im weiteren Verlaufe öffnen sich die älteren Pusteln und an ihrer Stelle bilden sich mäfsig dicke Krusten, die beim Abfallen keine Geschwürsfläche hinterlassen, sondern eine dunkelrote, faltige Stelle, umgeben von einem Kreise von Pusteln.

Dies sind die Herde an der Peripherie der pigmentierten Fläche. Dazu kommt noch der Ausschlag am Gliede, der in Form eines V, dessen abgerundeter Schenke kurz vor dem Präputium endigt, angeordnet ist. Die Haare bleiben unverändert. Befallen sind aufserdem noch das Hypogastrium, die Lendengegend, die rechte Achselhöhle, die linke Wange und das Kinn. Sogar auf der Zunge finden sich einige Pusteln.

Unter Borsäure- und Jodoformbehandlung trat Besserung ein.

Die histologische Untersuchung wurde von Darier gemacht und ergab: Ungeheures Wachstum (20mal so lang als im Normalen) der Papillen und der inter papillären Zapfen mit Ödem, Dilatation der Gefäfse der Papillen.

Die interpapillären Zapfen verzweigen sich an ihrem tieferen Ende, setzen sich aus Malpighischen Zellen zusammen, die häufig etwas verlängert sind. Horn- und Körnerschicht dringen vielfach trichterförmig in die gröfseren Epidermisschläuche ein. Cutis etwas ödematös, sonst normal. Die Papillarschicht überall etwas mit lymphoiden Zellen infiltriert, die sich an manchen Stellen bis zur Abscefsbildung anhäufen.

Über das Wesen der Krankheit konnte die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschlufs geben.

Die beigefügte Tafel giebt dem Leser ein vorzügliches Bild der Affektion, deren Hauptsitz vom Nabel bis zu den Oberschenkeln reicht. *P. Taenzer-Bremen.*

Behandlung des Anthrax, von Polaillon. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 383.) Der Anthrax wird so lange mit heifsem Verband (Leinsamen mit einer Sublimatlösung — 1 : 1000 — angerührt, um gleichzeitig eine antiseptische Wirkung zu erzeugen) bedeckt, bis die Haut an verschiedenen Stellen Eiteröffnungen aufweist. In diese Öffnungen werden dann kleine Chlorzinkstäbe, die man sich leicht aus Canquoinscher Ätzpaste herstellen kann, eingetrieben. Dies Verfahren ist in den ersten Stunden etwas schmerzhaft, führt aber verhältnismäfsig schnell, durchschnittlich in 3 Wochen, Heilung herbei. Von 75, in dieser Weise behandelten Karbunkelkranken hat P. nur einen, der gleichzeitig an hochgradiger Melliturie litt, verloren.

Türkheim-Hamburg.

Zur Abortivbehandlung der Furunkel, von J. Jasiewicz. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 286.) Die von Verneuil so warm empfohlene Behand lung de Furunkel mit starken Karbolsäurelösungen hat Verf. in 3 Fällen in Stich gelassen. Der eine Fall wird ausführlich mitgeteilt. Auch den übrigen in Vorschlag gebrachten Mitteln, um die Vereiterung der Furunkel zu verhindern, vermag J. das Wort nicht zu reden. Er gibt uns dann eine etwas stark theoretische Auseinandersetzung über die Natur der Eiterbildung und die Wirksamkeit der Antiseptica bei Furunkeln und empfiehlt zum Schluſs Skarifikationen, und, wo diese in Stich lassen, heiſse Verbände zur Erweichung des Furunkels. *Türkheim-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

II. Benigne.

Angiokeratom, von V. Mibelli. (*Intern. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Heft II. No. Vb.) Hamburg 1890, Leopold Voss. Ein 14jähriges Mädchen litt seit 5 Jahren an hanfkorngroſsen Tumoren auf den Streckseiten der Finger. Dieselben setzen sich scharf umschrieben von der gesunden Haut ab, sind kugelig bis oval und haben bleigraue bis violette oder dunkelrote Färbung. Die Oberfläche ist rauh, mitunter stachelig und von horniger Konsistenz. Keine Zeichen von Entzündung. Zwischen den Tumoren finden sich kleine korngroſse Flecke, deren Centren dunkler rot gefärbt sind als ihre Peripherie. Die Oberfläche der Flecke ist hart, aber glatt ohne Abschuppung. Auf Druck verschwindet die rote Farbe sowohl der Flecke wie der Tumoren.

Ähnlich verhält es sich mit den Zehen. Das Mädchen litt sonst nur an Frost, der jedoch in keiner Beziehung zu der oben genannten Affektion steht.

Der Beobachtung wegen wurde die Affektion nicht behandelt, sondern nur einige der Tumoren excidiert; Recidive traten nicht auf.

Die histologische Untersuchung der excidierten Tumoren ergab im Centrum derselben das Bild eines kavernösen Blutgewebes (Umwandlung der Papillen in wirk liche Bluträume). Auſserdem fand sich in den Tumoren noch eine Epidermishypertrophie in Form eines echten Keratoms, daher der Name Angiokeratom.

Die planen Flecke enthielten weite, mit Blutkörperchen angefüllte Höhlungen im Bindegewebe, stellenweise im Papillarkörper weite Gefäſsräume, die durch ihre Aus dehnung gegen die Epidermis einen Druck ausüben. Die Hornschicht ist stets verdickt. Auch dieser Abhandlung ist eine Tafel in Buntdruck beigegeben, welche durch ihre meisterhafte Ausführung bis in die kleinsten Einzelheiten dem Leser die Affektion veranschaulicht. *P. Taenzer-Bremen.*

Adenome der Schweiſsdrüsen, von E. C. Perry. (*Intern. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Heft II. No. IX.) Hamburg 1890, Leopold Voss. Die 31jährige Frau leidet seit ihrem 10. Jahre an der Affektion, welche jedoch seit 1 Jahre sich an Zahl und Gröſse der einzelnen Geschwülstchen sehr verschlimmert hat. Keine Seborrhoe. Schweiſssekretion im Gesicht und auf dem Kopfe vermindert.

Auf der Stirn, Nasenwurzel, in den Naso-Labialfalten und am Kinn finden sich Anhäufungen von weiſsen, festen hirsekorn- bis erbsengroſsen Papeln, welche schmerzlos sind und niemals ulcerieren. Keine Komedonen, keine Teleangiektasien. Beim

Anstechen entleert sich etwas Serum. Bei einigen der Papeln kann man unter der Haut schwarze Punkte wahrnehmen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Verdünnung der oberflächlichen Epithellagen, enorme Vergrößerung und Zunahme der Verzweigungen der Schweißdrüsenknäuel. Viele Drüsenzellen enthielten reichlich Pigment (welches man makroskopisch als die oben bezeichneten Punkte wahrnehmen konnte). Keine Entzündungserscheinungen.

Die Geschwülstchen wurden mit einer Nadel angestochen und dann mit der Scheere oder dem Skalpell abgetragen. Vollkommene Heilung.

P. Taenzer-Bremen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Leistungsfähigkeit des Elektro-Urethroskops, von Dr. Oberländer. (*Intern. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. II. S. 219.) Wegen der Unzulänglichkeit des bakteriellen Befundes muß bei der Beurteilung, ob eine chronische Gonorrhoe geheilt ist oder nicht, das Hauptgewicht auf die klinischen Symptome gelegt werden.

Dies sind

1. urethroskopisch zu beobachtende Veränderungen der Schleimhaut;

2. mikroskopische Untersuchung der Sekrete resp. Schleimfilamente, welche in ursächlichen Zusammenhang mit den konstatierten Veränderungen zu bringen sind.

Bei der urethroskopischen Untersuchung hat man zu berücksichtigen: die veränderte Färbung der erkrankten Partieen (lebhaftes bis dunkles Rot Blässe, Gefäßektasien), das Verhalten der natürlichen Längsstreifung und Längsfaltung der Schleimhaut (Längsfaltung verstrichen, Längsstreifung deutlicher markiert oder nicht mehr sichtbar, erhöhter oder verminderter Glanz der Schleimhaut, Intaktsein des Epithels, Drüsenerweiterungen, Narben, Beläge, Sekrete, Geschwülstchen).

Die Untersuchung der gesamten Harnröhre geschieht in 2 Abschnitten (die Art und Weise des Verfahrens ist im Original einzusehen).

Nach Oberländer hat man 2 Hauptspecies chronischer Entzündungen in der Harnröhre zu unterscheiden:

1. Schwächere Infiltrationen [unscheinbare Herde kleinkörniger Infiltration, welche nur in der Schleimhaut oder nur in deren obersten Lagen liegen (Urethritis mucosa); die Schleimhaut kann geschwollen, rotsammtartig aussehend, weich, leicht blutend sein].

2. Stärkere Infiltrationen und Entzündungsformen bis zur ausgesprochensten Strikturierung [intensivere und tiefer gehende Entzündungsneigung (glandulär-infiltrative Entzündungsform) mit Beteiligung der Drüsen entweder als gruppenförmig hypertrophierte Form (Urethritis glandularis hypertrophica) oder als im Zustande follikulärer Schwellung befindlich (Urethritis follicularis)].

Das Urethroskop dient aber auch zur Kontrollierung der Forschritte bei der Heilung und der Urethroskopiker kann daher mit Sicherheit entscheiden, ob eine chronische Gonorrhoe definitiv abgeheilt ist oder nicht. *P. Taenzer-Bremen.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Reitmann und Schönauer. Zur Ichthyolbehandlung von Frauenkrankheiten. *Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 33.

Pospielow. *Über Lepra in Verbindung mit Syphilis.* (Russisch.) Petersburg 1890.

Inama-Sternegg. Neue Beiträge zur allgemeinen Methodenlehre der Statistik. *Statist. Monatsschr.* 1890.

Schweninger und Buzzi. Kasuistische Beiträge:

a. Notizen über Favus lupinosus am Rumpfe.

b. Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen an der Haut.

c. Vitiligo oder Leucopathia acquisita.

d. Ephidrosis eines begrenzten Teiles des Gesichtes. *Charité-Annalen.* Bd. XV.

Crocker. Pemphigus vegetans (Neumann). *Med.-chirurg. Transactions.* Bd. 72. S. 233 bis 256.

Morpurgo. Sur les rapports de la régéneration cellulaire avec la paralysie vasomotrice. *Arch. italiennes de Biologie.* Bd. XIII. Heft 2.

von Sehlen. Über medikamentöse Eiterungen bei Hautkrankheiten. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1890. No. 4.

Pfeiffer. *Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen.* Jena 1889.

Kronfeld und Stein. Die Ausscheidung des Quecksilbers bei kutaner, subkutaner und interner Verabreichung. *Wien. med. Wochenschr.* 1890. No. 24—28.

Grünfeld. Über die anatomischen Veränderungen bei chronischer Sphacelinvergiftung. *Arbeiten des pharmak. Instituts zu Dorpat.* Bd. IV. Stuttgart 1890.

Leloir. Le lupus vulgaire et le système lymphatique. *Annales de la Tuberculose.* 1890.

Brigonnet und Naville. *Das Exalgin.* Darmstadt 1890. Merck.

Ramón und Cajal. Sobre las células gigantes de la lepra y sus relaciones con las colonias del bacilo leproso. *Gazeta sanit. de Barcelona.* 1890. No. 11.

Onofrio di Pasquale. Considerazioni sulla sifilide ereditaria. *Giorn. ital. delle malattie ven. e della pelle.* Bd. II. Juni 1890. Milano.

Eichhoff. Über neue medizinische Seifen. *Volkmanns klin. Vorträge.* Neue Folge. Serie I. Heft 4.

Broich. Über extragenitale Syphilisinfektion. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1890.

Doutrelepont. Über Mycosis fungoides. *Klinisch. Jahrbuch.* II. S. 693—715.

Buzzi. Das Thiol in der Therapie der Hautkrankheiten. *Charité-Annalen.* Jahrg. XV.

Klebs. Über das Wesen und die Erkrankung der Karcinombildung. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25.

Du Mesnil. Beiträge zur Anatomie und Ätiologie einiger Hautkrankheiten. *Verhandlg. d. phys. med. Gesellschaft zu Würsburg.* Bd. XXIV.

Erklärung der Figuren von Tafel VI u. VII:

Fig. 1. (Fall I, Scrotum).
- a. Verdickter Retezapfen mit wirbel- und kreisförmig angeordneten Epithelzellen und b. schmalen Epithelfortsätzen.
- c. Lymphseen, an die Epithelzapfen grenzend.
- d. Erweiterte Kapillaren des Papillarkörpers.
- e. Interspinaler Lymphraum mit Auflockerung der wandständigen Epithelzellen.
- f. Papillen, von schmalen Epithelfortsätzen (b) umschlossen.
- g. Elastische Fasern.
- h. Stark dilatiertes Blutgefäfs der Cutis.
- i. Kleinzellige Infiltration.
- k. Abbröckelung der Epithelzellen in die Lymphseen.
- l. Lymphräume.

Fig. 2. (Fall II, Mons Veneris).
- a. Interepitheliale „Abscesse", bei b dem Durchbruch nahe.
- i. Kleinzellige Infiltration.

Fig. 3. (Fall I, Scrotum).
- a. Massenhafte Rundzellen-Einwanderung in das Rete mit Durchbruch der Hornschicht.
- b. Knäueldrüsen mit zum Teil aufgequollenem Epithel.
- d. Erweiterte Kapillaren.
- i. Kleinzellige Infiltration.
- l. Lymphräume.

Fig. 4. (Fall I, Scrotum).
- b. Knäueldrüsen.
- c. Blutgefäfse mit stark verdickter Wandung, bei c. durch Wucherung der Intima fast vollständig obliteriert.
- d. Hochgradig erweiterter Ausführungsgang einer Knäueldrüse.
- e. Stark erweiterte Blut- und Lymphgefäfse.
- f. Fettgewebe, normal.

Fig. 5. (Fall I, Inguinalgegend) I. Stadium.
- a. Fortsatz abgeplatteter Retezelle der untersten Lage unter die Borke, B.
- b. Normale Epidermis mit schräg gestellten Papillen.
- c. Stark dilatierte Blutgefäfse.
- d. Knäueldrüsen mit (a) stark gequollenem Epithel.

Fig. 1.

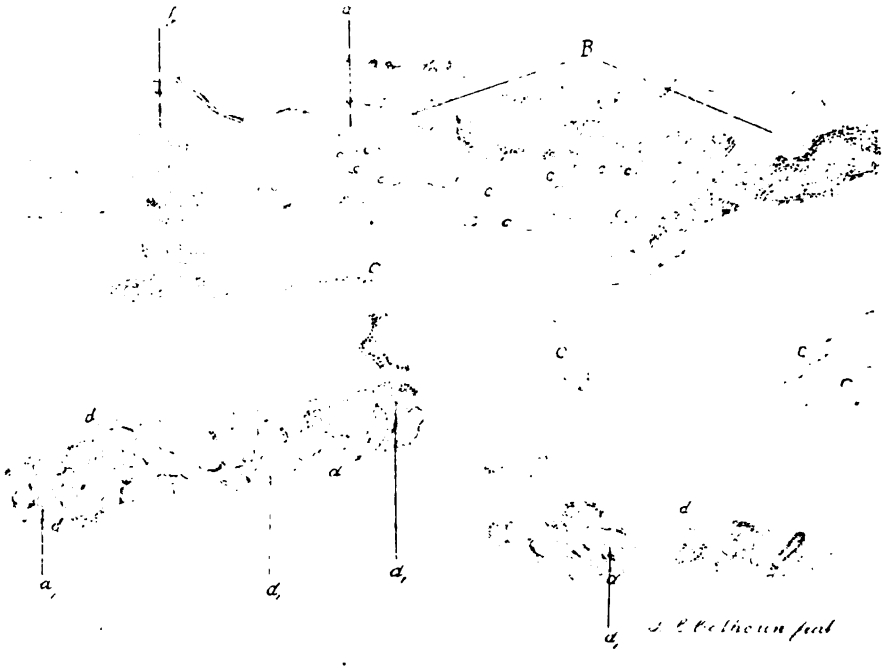
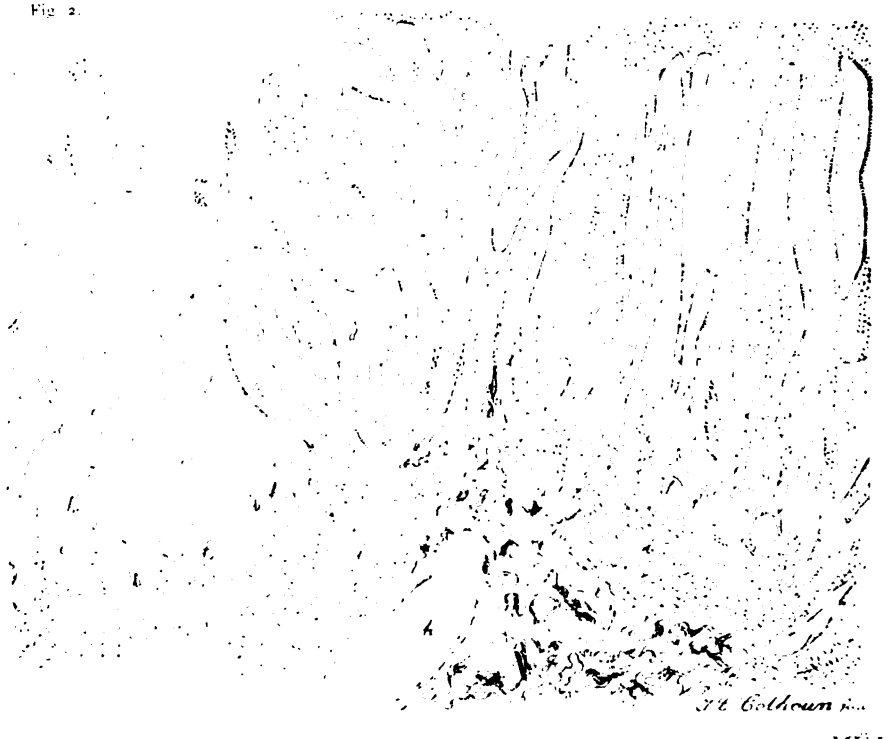


Fig. 2.



MÜLLER: Pe

Verlag von LEOPOLD

Fig. 3.

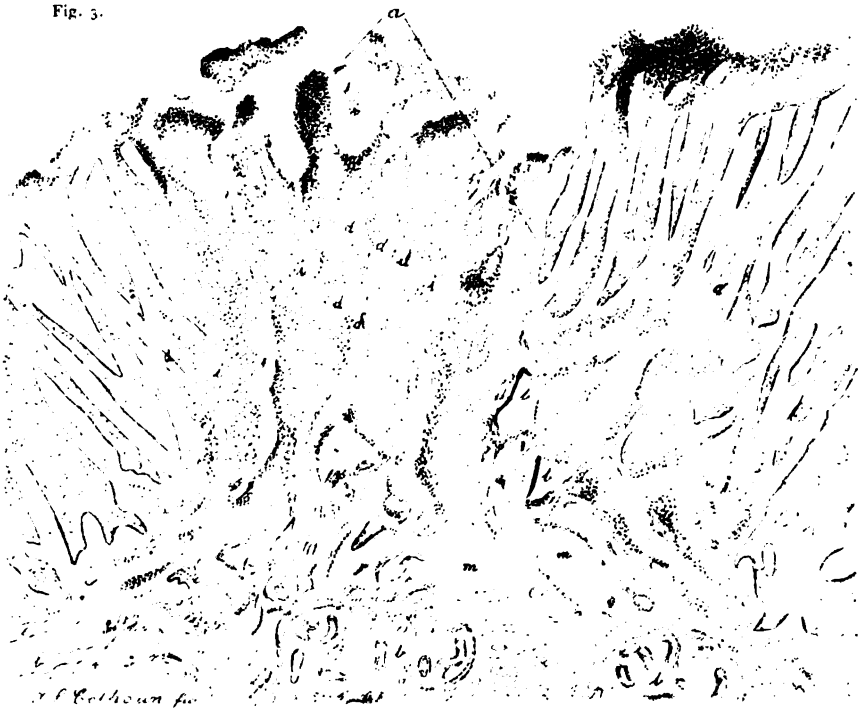


Fig. 4.

iphigus vegetans.

Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 10. 15. November 1890.

Nachtrag.

ROBERT KOCH,

Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose.

Referiert von F. BUZZI-Berlin.

Als vor einigen Monaten von der Tribüne des X. internationalen medizinischen Kongresses KOCH ankündigte, seine Versuche hätten ihm Mittel in die Hand gegeben, welche imstande sind, den tuberkulösen Krankheitsprozeſs, wenigstens bei Tieren, zum Stillstand zu bringen und Versuchstiere unempfänglich für den Tuberkelbacillus zu machen, durchzog frohe Hoffnung die gelehrte Versammlung, und ein Jeder sah seitdem der weiteren Entwickelung der Versuche des berühmten Forschers und ihrer endgiltigen Krönung mit begreiflicher Spannung entgegen. Als aber in letzter Zeit die politische Tagespresse, wohl durch Indiskretion, von der Heilung der Tuberkulose beim Menschen durch subkutane Einspritzung einer Flüssigkeit zu erzählen wuſste und jeden Tag neue Einzelheiten darüber brachte, welche auch dem Mediziner sehr glaubwürdig schienen, und endlich von Kollegen selbst mehr oder minder authentische Äuſserungen laut wurden über die Wunder des neuen Heilmittels, und alles dieses bei absolutem Stillschweigen der medizinischen Presse, da erfaſste uns eine fieberhafte Ungeduld nach Gewiſsheit über diese allerwichtigste Frage der Heilkunde. Man stellte sich natürlich im Drange der Gedanken alle möglichen Fragen. Welche Art chemischer Verbindung liegt in dieser heilbringenden Flüssigkeit vor; ein bekannter chemischer Körper, eine neues Toxalbumin oder gar eine abgeschwächte Kultur von Tuberkelbacillen der anderen Mikrobien? Wird durch die neue Entdeckung die Tuberkulose in allen ihren Formen, Stadien und Lokalisationen in den verschiedenen Organen und Geweben zur Heilung gebracht oder nicht? Wird

nur die vorliegende Infektion geheilt oder gleichzeitig eine Immunität gegen eine Reinfektion geschaffen?, u. a. m. Nun endlich hat das Orakel gesprochen, das schlichte Wort des Meisters hat Aufklärung gebracht in das dunkle Schweifen der Phantasie, und wir können heute die Tragweite dieser neuesten Entdeckung mit ziemlicher Bestimmtheit ermessen. Uns Dermatologen mufs hierbei ein stolzes Gefühl der Genugthuung erfassen, indem wir von KOCH erfahren, dafs gerade das von uns gepflegte Organ, die Haut, mit ihrer charakteristischen tuberkulösen Erkrankung, dem Lupus vulgaris, sich als das geeigneteste Feld für die Beobachtung der durch die eingespritzte Flüssigkeit hervorgerufenen örtlichen Veränderungen erwiesen hat.

Hat sich ja doch von jeher die Haut als das wichtigste Beobachtungsobjekt durch die gesamte Pathologie hindurch ausgezeichnet. „Die Beobachtung eines mit dem Mittel behandelten Lupuskranken ist so instruktiv — sagt KOCH —[1] und mufs zugleich so überzeugend in Bezug auf die specifische Natur des Mittels wirken, dafs jeder, der sich mit dem Mittel beschäftigen will, mit Lupösen beginnen sollte."

Bezüglich der Herkunft und Bereitung der Flüssigkeit zur Einspritzung schweigt KOCH zunächst, verweist jedoch diejenigen Ärzte, welche schon jetzt das Mittel versuchen wollen, auf Dr. LIBBERTZ (Berlin N. W., Lüneburgerstr. 28, II.), der die Herstellung des Mittels übernommen hat. Letzteres beschreibt KOCH wie folgt: „Das Mittel besteht aus einer bräunlichen klaren Flüssigkeit, welche an und für sich, also ohne besondere Vorsichtsmafsregeln, haltbar ist. Für den Gebrauch mufs diese Flüssigkeit mehr oder weniger verdünnt werden, und die Verdünnungen sind, wenn sie mit destilliertem Wasser hergestellt werden, zersetzlich; es entwickeln sich darin sehr bald Bakterienvegetationen, sie werden trübe und sind dann nicht mehr zu gebrauchen. Um dies zu verhüten, müssen die Verdünnungen durch Hitze sterilisiert und unter Watteverschlufs aufbewahrt, oder was bequemer ist, mit ½ %iger Phenollösung hergestellt werden. Durch öfteres Erhitzen sowohl als durch die Mischung mit Phenollösung scheint also die Wirkung nach einiger Zeit, namentlich in stark verdünnten Lösungen, beeinträchtigt zu werden und ich habe mich deswegen immer möglichst frisch hergestellter Lösungen bedient."

KOCH braucht zu seinen Injektionen die von ihm für bakteriologische Zwecke auch sonst benutzte Spritze, welche mit keinem Stempel, wohl aber mit einem kleinen Gummiballon versehen ist und sich viel leichter desinfizieren und durch einfaches Ausspülen mit absolutem Alkohol

---

[1] Dieses Citat, wie die folgenden stammen aus der *Deutschen med. Wochenschr.* No. 46 a, welche die Originalarbeit KOCHS gebracht hat.

aseptisch erhalten läfst.[1] Diesem Umstande ist es wohl zuzuschreiben, dafs bei mehr als tausend Einspritzungen bis jetzt noch kein Abscefs konstatiert worden ist.

Als Applikationsstelle wählt Koch die Rückenhaut zwischen den Schulterblättern und in der Lendengegend.

Eine merkwürdige Erscheinung ist die Wirkung der Einspritzung beim gesunden oder kranken, aber nicht tuberkulösen Menschen einerseits und dem Tuberkulösen andererseits. Erstere reagieren auf eine Dosis von 0,01 ccm nur mit leichten Gliederschmerzen, vorübergehender Mattigkeit, ausnahmsweise mit einer leichten Temperatursteigerung, wogegen beim Tuberkulösen bei der gleichen Dosis eine starke allgemeine, sowie auch eine örtliche Reaktion an den affizierten Stellen eintritt, sodafs Koch die Substanz wegen dieser ihrer specifischen Wirkung als ein wichtiges diagnostisches Mittel hinstellt. Erstere Wirkung beschreibt Koch mit diesen Worten:

„Die allgemeine Reaktion besteht in einem Fieberanfall, welcher, meistens mit einem Schüttelfrost beginnend, die Körpertemperatur über 39° bis 40° und selbst 41° steigert; daneben bestehen Gliederschmerzen, Hustenreiz, grofse Mattigkeit, öfters Übelkeit und Erbrechen. Einige Male wurde eine leichte ikterische Färbung, in einigen Fällen auch das Auftreten eines masernartigen Exanthems an Brust und Hals beobachtet. Der Anfall beginnt in der Regel 4—5 Stunden nach der Injektion und dauert 12—15 Stunden. Ausnahmsweise kann er auch später auftreten und verläuft dann mit geringerer Intensität. Die Kranken werden von dem Anfall auffallend wenig angegriffen und fühlen sich, sobald er vorüber ist, verhältnismäfsig wohl, gewöhnlich sogar besser wie vor demselben".

Die örtliche Reaktion läfst sich — wie schon oben gesagt — vorzüglich bei Lupösen studieren. Ich gebe hier die Worte Kochs wieder:

„Einige Stunden, nachdem die Injektion unter die Rückenhaut, also an einem von den erkrankten Hautteilen im Gesicht u. s. w. ganz entfernten Punkte gemacht ist, fangen die lupösen Stellen, und zwar gewöhnlich schon vor Beginn des Frostanfalls, an zu schwellen und sich zu röten.

---

[1] Nachstehend eine Abbildung der Spritze.

Dieselbe wird von der Firma E. Kraus, Berlin S., Kommandantenstr. 55 angefertigt. Preis M. 6.—

Während des Fiebers nimmt Schwellung und Rötung immer mehr zu und kann schliefslich einen ganz bedeutenden Grad erreichen, so dafs das Lupusgewebe stellenweise braunrot und nekrotisch wird.

An schärfer abgegrenzten Lupusherden war öfters die stark geschwollene und braunrot gefärbte Stelle von einem weifslichen fast einen Centimeter breiten Saum eingefafst, der seinerseits wieder von einem breiten, lebhaft gerötoten Hof umgeben war. Nach Abfall des Fiebers nimmt die Anschwellung der lupösen Stellen allmählich wieder ab, so dafs sie nach 2—3 Tagen verschwunden sein kann. Die Lupusherde selbst haben sich mit Krusten von aussickerndem und an der Luft vertrocknetem Serum bedeckt, sie verwandeln sich in Borken, welche nach 2—3 Wochen abfallen und mitunter schon nach einmaliger Injektion des Mittels eine glatte rote Haut hinterlassen." Und weiter:

„An anderen Stellen scheint mehr ein Schwund oder eine Art von Schmelzung des Gewebes einzutreten, welche, um vollständig zu werden, wiederholter Einwirkung des Mittels bedarf." Und an anderer Stelle:

„Als besonders wichtig bei diesem Vorgange mufs noch hervorgehoben werden, dafs die geschilderten Veränderungen sich durchaus auf die lupös erkrankten Hautstellen beschränken; selbst die kleinsten und unscheinbarsten im Narbengewebe versteckten Knötchen machen den Prozefs durch und werden infolge der Anschwellung und Farbenveränderung sichtbar, während das eigentliche Narbengewebe, in welchem die lupösen Veränderungen gänzlich abgelaufen sind, unverändert bleibt."

Diese Vorgänge erklärt nun Koch dadurch, dafs sein Mittel nicht etwa, wie man sich a priori denken könnte, die in den kranken Geweben befindlichen Tuberkelbacillen tötet, sondern das tuberkulöse Gewebe. Über die Richtigkeit dieser mindestens unerwarteten Auffassung, wofür jetzt mehrere klinische Erscheinungen zu sprechen scheinen, sollen natürlich spätere histologische Untersuchungen das letzte Wort sprechen. Ein wichtiger praktischer Fingerzeig geht aber schon jetzt daraus hervor, nämlich, dafs, nachdem man durch Einspritzungen das tuberkulöse Gewebe zum Absterben gebracht, alles aufgeboten werden mufs, um dieses tote Gewebe möglichst rasch zu entfernen. „Da aber, wo dies nicht möglich ist, und nur durch Selbsthülfe des Organismus die Aussonderung langsam vor sich gehen kann, mufs zugleich durch fortgesetzte Anwendung des Mittels das gefährdete lebende Gewebe vor dem Wiedereinwandern geschützt werden."

Die Möglichkeit eines Recidivs giebt Koch auch weiter in seiner Abhandlung zu und läfst die wichtige Frage von der Immunität vorderhand noch offen.

Eine sehr bemerkenswerte Erscheinung ist die gröfsere Empfindlichkeit gegen das Mittel seitens Kranker mit ausgesprochener Lungentuber-

kulose im Vergleich zu solchen, die mit Tuberkulose der Knochen, Gelenke, Drüsen, Haut behaftet sind. So reagieren Phthisiker im Anfang schon stark auf eine Einspritzung von 0,001 ccm, wogegen bei mit chirurgischen tuberkulösen Affektionen behafteten Kranken die gleiche Reaktion mit einer Dosis von 0,01 hervorgerufen wird. Bei Phthisikern kann man aber ziemlich schnell von dem anfänglichen Minimaldosen zu denselben Mengen aufsteigen, welche auch von den anderen Kranken gut vertragen werden und noch darüber, sodafs die Steigerung der Dosis im Laufe von etwa drei Wochen bis auf das 500fache der Anfangsdosis getrieben werden kann. So scheint ein umgekehrtes Verhältnis zu bestehen zwischen vorhandenem tuberkulösen Gewebe und einzuspritzender Flüssigkeitsmenge.

Der behandelte Tuberkulöse nähert sich immer mehr den gesunden Menschen, der — wie oben schon gesagt — eine Dosis von 0,01 ccm vornherein beinahe reaktionslos verträgt.

Für uns Dermatologen ist es schon jetzt wichtig zu erfahren, dafs die Behandlung der Lupösen sich praktisch in folgender Weise vornehmen läfst: „ . . . . so haben wir fast bei allen derartigen Kranken von vornherein die volle Dosis von 0,01 ccm injiziert, dann die Reaktion vollständig ablaufen lassen und nach 1 bis 2 Wochen wieder 0,01 ccm gegeben, so fortfahrend, bis die Reaktion immer schwächer wurde und schliefslich aufhörte. Bei zwei Kranken mit Gesichtslupus sind in dieser Weise durch 3 bezw. 4 Injektionen die lupösen Stellen zur glatten Vernarbung gebracht, die übrigen Lupuskranken sind der Dauer der Behandlung entsprechend gebessert. Alle diese Kranken haben ihr Leiden schon viele Jahre getragen und sind vorher in der verschiedensten Weise erfolglos behandelt."

Abgesehen von der noch offenen Immunitätsfrage geht schon jetzt daraus hervor, dafs das Kochsche Mittel alle bisher bekannten Behandlungsmethoden des Lupus an Schnelligkeit des Ersterfolges überflügelt, besonders bei frischeren Fällen. Geringe Schmerzhaftigkeit, Schnelligkeit und, wie es scheint, Sicherheit der Wirkung, mehr können wir nicht verlangen, es ist das idealste Mittel, das uns bei der Behandlung des Lupus bisher in die Hand gegeben wurde.

Und was die Tuberkulose anderer Organe und Gewebe als die Haut betrifft, so verhält sich derselbe wie der Lupus. Selbstverständlich haben wir nicht zu erwarten, dafs die heilbringende Flüssigkeit Kavernen ausfüllt, Lungenparenchym regeneriert, nekrotisierte Knochensequester wieder lebensfähig macht und in den Körper reintegriert, ja dafs Speckleber und -Nieren sich wieder in normales Parenchym umwandeln. „Beginnende Phthisis ist durch das Mittel mit Sicherheit zu heilen," so lautet jedoch die Parole des Meisters und wir begrüfsen dieses Ereignis als das Segensreichste der ganzen Heilkunde. Die innere Medizin hat zugleich heute

die Chirurgie, die ihr in den letzten Decennien so sehr vorangeschritten war, mit einem Schlage eingeholt und beide werden nunmehr bei der leidenden Menschheit gleiche, aber zahlreichere und schlagendere Erfolge als je ernten.

Berlin, 14. November 1890.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 11. 1. Dezember 1890.

Flora dermatologica.

VII.

Herausgegeben unter Mitwirkung von

D. von Sehlen

von

P. G. Unna.

Mit einer Doppeltafel in Lichtdruck.

Um eine Anschauung von der Reichhaltigkeit der verschiedenen Pilzformen der „Flora“ zu geben, verlassen wir im Folgenden einstweilen den bisher innegehaltenen Weg, ähnliche Pilze in Gruppen zusammenzustellen und schliefsen in den vorliegenden Tafeln zunächst drei durch ihre eigentümlichen Fruchtformen ausgezeichnete Pilze an.

Die beiden ersteren Pilze, XIII und XIV der Tafel, würden den bisherigen Abteilungen I und II, welche durch die Abschnürung von Einzelsporen oder Sporenketten auf atypischen Fruchtträgern gekennzeichnet waren, etwa gegenüberzustellen sein als Formen mit Abschnürung von Sporenhaufen resp. Sporenballen in einfachen oder verzweigten Fruchtständen. Der dritte Pilz, XV der Tafel, bildet unter den hier allein in Betracht gezogenen Kulturbedingungen auf Nähr-Agar und -Gelatine ganz anders geartete Fruchtkörper mit Ausbildung von Sporen im Innern derselben. Nach ihren sonstigen botanischen Charakteren sind dieselben als Spermogonien zu bezeichnen. Conidienträger, wie sie an den bisher beschriebenen Pilzen als ausschliefsliche Fruktifikationsorgane gebildet wurden, kommen im Pilz No. XV nicht vor; vielmehr erfolgt hier die Bildung von Protosporen allein in den Spermogonien.

Während die beiden Pilze XIII und XIV aus verschiedenen Fällen von Ekzema seborrhoicum gezüchtet, aber auch in den Schuppen anderer Dermatosen gelegentlich gefunden wurden, stammt der Pilz XV aus den Schüppchen von Pityriasis versicolor.

In 5 von 7 Fällen dieser Affektion liefs er sich übereinstimmend durch das Kulturverfahren nachweisen und kam andererseits in den

Kulturen sonstiger Hautkrankheiten bisher niemals zur Beobachtung. Demnach besteht ein gewisser Grad von Wahrscheinlichkeit, dafs dieser Pilz in einer engeren Beziehung zur Pityriasis versicolor steht, wenn auch der ätiologische Zusammenhang durch Einimpfung von Kulturen auf die Haut bislang noch nicht erwiesen werden konnte.[1] Von einer Identifizierung mit dem Mikrosporon Audoini, dem seit lange mikroskopisch nachgewiesenen Pilze der Pityriasis versicolor nehmen wir daher vorderhand Abstand bis zur Erbringung eines exakten Nachweises über den kausalen Nexus durch die Inokulation des Pilzes.

Wegen der so abweichenden Gestaltungen von den früher beschriebenen Pilzformen der Flora geben wir von diesem Pilze der Pityriasis versicolor 6 Photogramme: XV a—f, welche wie die Figuren XIII a—c und XIV a—c in Kongruenz mit dem beschreibenden Texte die Einzelmerkmale der drei Pilze zur Genüge darstellen.

No. XIII.

Makroskopische Beschreibung.

a. Objektträgerkultur.

Die ganze Fläche der Gelatine ist überzogen von einem spinnewebartigen braunen Mycel, das in regelmäfsigen geringen Abständen mit makroskopisch noch deutlich sichtbaren, kleinsten, grauen Pünktchen besetzt ist. Die Kultur erscheint dadurch bei durchfallendem Licht wie ein dichtes Netzwerk von punktierten Linien. Ein eigentlicher Pilzrasen wird nicht gebildet.

Die Gelatine wird allmählich unter bräunlicher Verfärbung verflüssigt.

Von der Unterfläche gesehen bietet die Kultur wegen des fehlenden Rasens ein ähnliches Bild wie die Durchsicht von oben.

b. Stichkultur.

Unter braunroter Verfärbung wird die Gelatine erst nach längerer Zeit von der Oberfläche her verflüssigt.

Die Oberfläche bedeckt sich mit einem dünnen Pilzrasen, der von unten gesehen eine gelbliche, später dunkler bierbraune Farbe besitzt. Auf ihm erhebt sich ein anfangs graues, später mehr bräunlich gefärbtes Luftmycel von punktiertem Aussehen und spinnewebartiger, engmaschiger Beschaffenheit.

In der Tiefe des Impfstiches bildet sich ein kaum wahrnehmbares, zartes Mycel.

---

[1] Vergl. dazu: von Sehlen, Über die Züchtung von Pityriasis versicolor. *Tagebl. der 62. Naturforscherversammlung zu Heidelberg.* 1889. S. 600.

c. Strichkultur.

Auf der Agarfläche wächst, vom Impfstriche aus unbeschränkt sich verbreitend, ein hohes, braunes, spinnewebartiges Luftmycel; das mit kleinsten Fruchtpunkten übersät erscheint.

An der Unterseite entsteht keine eigentliche zusammenhängende Myceldecke, sondern nur ein lockeres Netz brauner Pilzfäden, das auch die Tiefe des Nährbodens durchsetzt.

Mikroskopische Beschreibung.

a. Hyphen.

Die Mycelfäden stellen ziemlich breite, meist flache, nur im Beginn stielrunde, Bänder von brauner Farbe dar. Dieselben sind in gröfseren Abständen regelmäfsig septiert und verlaufen um ihre Längsaxe gedreht. Trifft der Drehungspunkt mit einem Septum zusammen, so stellen sich die einzelnen Fadenglieder mit ihren Flächen senkrecht gegen einander, so dafs abwechselnd die Kante und die Fläche der Glieder sichtbar sind (vergl. Fig. XIII c).

Die Hyphen sind im ganzen geradlinig und verzweigen sich dichotomisch unter weiten Winkeln.

Die einzelnen Glieder haben eine deutlich doppeltkonturierte Wandung und ein braun gekörntes Protoplasma, das stellenweise gröfsere kugelige Einschlüsse enthält.

Die Breite der Hyphen beträgt 14—20 μ. Die Länge der Glieder ist sehr verschieden, sie wechselt von 40 bis zu 120 μ.

b. Fruchtstände.

Eigentliche Fruchtträger heben sich nicht deutlich von den Hyphen ab. Die Früchte scheinen in ziemlich regelmäfsigen Abständen zu dichten Haufen zusammengedrängt dem Mycel fast unmittelbar aufzusitzen (Fig. XIII a). Nur am freien Ende der Hyphen läfst sich mitunter der Aufbau der Fruchtträger in der Weise erkennen, wie Figur XIII b bei 75facher Vergröfserung es wiedergibt. Das Endglied gabelt sich drei- bis vierfach in rascher Aufeinanderfolge, so dafs handförmige, im allgemeinen sehr kurze Fruchtstände entstehen, die unter dem Haufen der Früchte meist völlig verschwinden.

Wenn die Früchte abgefallen sind, erscheinen mitunter die freien Enden der letzten Fruchtträgerverästelung mit kleinen, den Sporenansätzen entsprechenden Facettierungen besetzt.

c. Früchte.

Die Sporen sind in dichtgedrängten Haufen perlschnurartig an den Hyphen aufgereiht. Häufig fallen die Ansatzpunkte der Sporenhäufchen

mit den Verzweigungsstellen des Mycels zusammen, so dafs aus einem Sporenhaufen je drei Fäden in verschiedenen Richtungen hervorgehen.

Die Gestalt der einzelnen Sporen ist keine reine Kugelform; neben ovalären Gebilden sind häufig napfartige Figuren vorhanden, die gegeneinander abgeplattet sind und etwa einem eingedrückten Gummiballe gleichen. Das freie Ende der Sporen ist kugelig abgerundet, das untere bisweilen zugespitzt durch einen kleinen Ansatz, der ihnen die Gestalt einer Citrone verleiht (Fig. XIII).

Die Länge der Sporen beträgt 10—12 μ, ihre Breite 8—10 μ.

Innerhalb der deutlichen doppeltkonturierten Sporenmembran liegt oft, durch einen freien Raum von derselben getrennt, ein körniges, kernartiges Gebilde.

No. XIV.

Makroskopische Beschreibung.

a. Objektträgerkultur.

Die Gelatine wird langsam verflüssigt durch einen hellbräunlich-grauen, haarigen Rasen, der über dem Impfstrich schwärzlich grüne Centralkegel bildet. An der Unterfläche erscheint der Rasen dunkelgrünlichbraun gefärbt.

In Plattenkulturen mit Agar-Gelatine bildet der Pilz gefiederte, ausstrahlende Kolonieen eines bräunlichen Mycels, das sich im allgemeinen nur wenig von der Oberfläche erhebt. Durch Anhäufung von grünschwarzen Fruchtpunkten in netzförmiger oder strahliger Anordnung erscheint dasselbe dunkel geadert.

Kolonieen, welche von etwas gröfseren Einsaatpartikelchen ausgehen, nehmen eine mehr geschlossene rundliche Form an und erhalten durch dichtere Anhäufung der dunkelgrünen Fruchtpunkte eine im ganzen grünliche Färbung und gefiederte Zeichnung.

b. Stichkultur.

Die Gelatine wird langsam und nicht ganz in die Tiefe verflüssigt unter bräunlicher Verfärbung, die erst in älteren Kulturen im Bereiche der Verflüssigungsschicht auftritt. Im Impfstich wächst spärlich ein äufserst feines, seidenhaarähnliches, bräunlich gefärbtes strahliges Mycel, das mit der Tiefe an Ausbreitung abnimmt.

Auf der Oberfläche breitet sich ein anfangs grauer Rasen aus; derselbe wird dann, von der Mitte beginnend, schwärzlichgrün verfärbt durch kleine, noch eben erkennbare Fruchtpunkte, welche nicht ganz bis an den Rand herantreten.

Der Rasen überzieht sich weiterhin mit einem grauweifsen Filz von Lufthyphen, die am Rande des Glases ein wenig in die Höhe steigen.

c. Strichkultur.

Die Agarfläche wird von einem anfangs weifslichen, später bräunlichgrauen Rasen von unbeschränktem Wachstum eingenommen, welcher durch die Entwickelung central beginnender grünschwärzlicher Fruchtpunkte eine immer dunklere Farbe erhält.

In die Tiefe des Substrates findet nur ein geringes Wachstum rein weifser Hyphen statt. Ältere Kulturen werden von einem grauen dicht anliegenden Luftmycel wie mit einem wolligen Flechtwerk überdeckt, das dauernd von Fruchtpunkten frei bleibt.

Mikroskopische Beschreibung.

a. Hyphen.

Die farblosen Mycelien sind von sehr verschiedener Dicke, vielfach septiert und verzweigen sich reichlich unter spitzen Winkeln. Sie erscheinen nicht völlig stielrund und stellenweise um ihre Längsachse gedreht.

An älteren Hyphen erfolgt mitunter eine so reichliche Septierung mit Einschnürung, dafs dadurch ein rosenkranzartiges Aussehen entsteht. Solche perlschnurförmige Ketten entwickeln sich regelmäfsig bei der ersten Auskeimung der Sporen (vergl. Fig. XIV c).

In den Mycelien jüngerer Kulturen treten vereinzelt ähnliche kugelige Gebilde von 8—10 μ Dicke mit graubräunlicher Farbe und gemmenartiger Beschaffenheit auf.

Die Breite der Hyphen wechselt von 4—5 zu 7 μ. Die Länge der einzelnen Glieder schwankt zwischen 6—20 μ.

Die Lufthyphen sind im ganzen dünner, nur 2—4 μ breit, weniger septiert, von mehr gewundenem und gedehntem Verlauf.

b. Fruchtstände.

Die gleichfalls farblosen Fruchtträger sind dünner als die Hyphen, von denen sie entspringen; sie bestehen aus 3 oder 4 bis mehr kurzen Gliedern, welche mitunter gegen einander gedreht sind (vergl. Fig. XIV b). Ihre Gesamtlänge beträgt 15—50 μ. Durch einfache oder wiederholte Verästelung bilden sie kurze strauchartige Fruchtstände, die sich ein wenig von der Unterfläche erheben.

c. Früchte.

Die Sporen sind zu einem mehrfächerigen, aus 4—6 Kammern bestehenden Ballen von tannenzapfenähnlicher Gestalt verbunden. Diese Gebilde haben eine schwärzlich grüne Farbe und verleihen dem Pilz ein charakteristisches Aussehen. (Sporidesmium?) Sie stehen endständig auf den Fruchtträgern entweder einzeln oder in einfachen Reihen bis zu vier

Sporenballen hintereinander (Fig. XIV) aufgereiht; oft sind sie durch Gabelungen der Fruchtträger auch seitlich verzweigt.

Die Form der Sporenballen ist im allgemeinen oval von einer kurzen Eiform bis zu längerer Spindelform (Tannenzapfen). Ihre Gröfse wechselt von 15—35 μ Länge auf 8—12 μ Breite.

Die einzelnen Kammern messen durchschnittlich 5—6 μ in den ausgebildeten Formen, während die Gröfse der an der Spitze oder am Grunde der Ballen belegenen Fächer 3—4 μ beträgt.

Der mehrfächerige Bau der Fruchtkörper ist an ihrer Oberfläche durch eine deutliche Quer- und Längsfelderung markiert. Bei der Auskeimung tritt durch die Anschwellung der einzelnen Kammern der gefächerte Bau noch schärfer hervor. Aus jedem Fache treibt ein selbstständiger Keimschlauch aus (vergl. Fig. XIV c). Demnach entsprechen die Kammern Sporenindividuen, die in dem Fruchtkörper zu einem gemeinsamen Sporenballen verschmolzen sind.

No. XV. (Pityriasis versicolor?)

Makroskopische Beschreibung.

a. Objektträger.

Die Gelatine wird allmählich unter bräunlicher Verfärbung vollständig verflüssigt durch ein feines farbloses Mycel, das einen zusammenhängenden Pilzrasen bildet. Das Mycel geht allseitig mit feinen, strahligen, rein weifsen Ausläufern auch über die Grenze der Gelatine hinaus. Mit der Zeit bedeckt sich der Pilzrasen von der Mitte aus mit einer grofsen Zahl kleiner braunschwarzer Punkte von der Gröfse feinster Staubkörner bis zu etwa Rübsamenkorngröfse. Die Kultur erhält dadurch ein charakteristisches, wie punktiertes Aussehen.

Auf älteren Kulturen erhebt sich mit beginnender Austrocknung ein grauweifses, spinngewebartiges Luftmycel, an dem Fruchtpunkte nicht vorhanden sind. Dasselbe überzieht mitunter die ganze Gelatinefläche und verdeckt das Bild der Kultur beim Anblick von oben fast vollständig.

Von der Unterfläche betrachtet bleibt das punktierte Aussehen der Kultur unverändert und bietet durch dichtere Anhäufung der braunen Körperchen in der Nähe des Impfstriches das Bild dreier verschiedener Zonen dar. Eine centrale dunkelbraune wird umgeben von einer mehr rötlich gefärbten, in welcher die schwarzbraunen Punkte ziemlich regelmäfsig verstreut stehen. Die Randzone wird von dem farblosen Mycel gebildet, welches in der schwach gelbbräunlich verfärbten Gelatine schwimmt. An diese immer vorhandene, von Fruchtpunkten freie Randpartie schliefst sich beim Austrocknen der Kultur ein weifser Saum,

der aus dem über den Nährboden hinauswachsenden Hyphenkranze besteht.

b. Stichkultur.

Vom Impfstich aus wächst über die ganze Oberfläche ein dichter, gelblicher Pilzrasen, der am Rande noch an der Glasfläche mit einem lockeren Geflechte fast farbloser Hyphen emporsteigt.

In der Tiefe der Gelatine erfolgt nur sehr geringes Wachstum.

Die Gelatine wird langsam verflüssigt und nimmt eine mit dem Alter dunkler werdende braune Färbung an.

Vom Centrum des Pilzrasens ausgehend bilden sich nach einiger Zeit kleine dunkle Körperchen von braunschwarzer Farbe, die in der Mitte der Kultur zu einem schwärzlichen Haufen zusammengedrängt stehen. Nach dem Rande zu breitet sich eine schwarzpunktierte rotbräunliche Zone aus, die ohne scharfe Grenze in die weifse Randpartie übergeht.

c. Strichkultur.

Auf dem Agar wächst vom Impfstrich aus ein farbloses, strahliges Mycel, das allmählich die ganze Oberfläche mit einem dichten Rasen überzieht und auch in die Tiefe des Nährsubstrates in mehr lockeren, wolkigen Auswüchsen vordringt.

Central bedeckt sich die Kultur bei zunehmendem Alter mit dichtgedrängten schwarzbraunen Fruchtpünktchen, die in der unmittelbaren Umgebung des Impfstriches zu dunkelbraunen Haufen zusammenfliefsen, während sie nach dem Rande zu in ziemlich regelmäfsigen Abständen weiter auseinander stehen. Die äufsere Zone ist im allgemeinen frei von Früchten, doch tritt mitunter auch eine weitere Reihe von Punkten nahe dem Rande der Kultur auf.

Ältere Kulturen zeigen zuerst am oberen Rande des Nährbodens (Vertrocknungszone) ein dichtes grauweifses Filzgeflecht von sterilen Lufthyphen, die mit der Zeit die ganze Oberfläche überziehen und auch an der Glaswand als farbloser Belag in die Höhe steigen, so dafs das typische Bild der Kultur mit der Zeit völlig von dem Luftmycel verdeckt wird.

Von der Unterseite lassen sich auch dann noch drei Zonen unterscheiden: ein schwarzbraunes Centrum, eine rötliche Mittelpartie, in welche die schwärzlichen Punkte eingestreut sind und eine gelbliche Aufsenzone. An diese schliefst sich, aber nicht immer, der farblose Randsaum der Lufthyphen.

Die schwarzen Punkte stellen offenbar Fruktifikationsorgane des Pilzes dar. Sie bestehen aus rundlich gestalteten, scharf umschriebenen Körperchen von schwarzbrauner Farbe; in die Umgebung geht von ihnen

eine gelbbräunliche Verfärbung des Substrates aus, so dafs ältere Kulturen schliefslich im ganzen bräunlich gefärbt erscheinen.

Auf anderen Nährböden und unter abweichenden Kulturbedingungen nimmt der Pilz eine sehr wechselnde Färbung und andere Gestaltungen an, die höheren Fruktifikationsformen zu entsprechen scheinen.[2] Eine genauere Beschreibung derselben würde jedoch über den hier vorgezeichneten Rahmen hinausgehen.

Mikroskopische Beschreibung.

a. Hyphen.

Das Mycel besteht aus einem dichtmaschigen Geflecht farbloser Hyphen, welche sich in den verschiedensten Winkeln durchkreuzen und mit vielfachen Anastomosen verbunden sind (Fig. XV a und d).

Der Verlauf ist im im ganzen gestreckt, in den kleineren Maschenräumen leicht wellig gebogen.

Die Hyphen sind von sehr wechselnder Breite, sie messen von 2 μ bis zu 6 μ und darüber; die Fäden sind stark septiert. Die Länge des Gliedes variiert von 8 μ bis zu 25 μ. In den breiteren Fäden stehen die Septen näher zusammen, in den feineren sind ihre Abstände gröfser.

Die Fadenglieder haben eine breite doppeltkonturierte Membran, die bei dickeren Fäden ca. 1 μ mifst. Das Protoplasma ist feinkörnig punktiert, im allgemeinen farblos. An besonderen Stellen der Kultur, in der Nähe der auch makroskopisch hervortretenden schwärzlichen Punkte nimmt das Protoplasma einen bräunlichen Farbenton an. Dabei nehmen einzelne Fadenglieder an Dicke zu und verkürzen sich. Die Hyphen treten zu einem sehr dichten Maschennetz zusammen; parallel verlaufende Fäden legen sich aneinander und vesschmelzen zu einem Zellstrange. Die letzteren gehen von allen Seiten in die Fruchtpunkte über.

Die Lufthyphen sind völlig farblos, und haben die gleiche Breite und Septierung wie die Mycelien des Rasens; sie bilden ein dichtes, verworrenes Netzwerk und erscheinen oft eingetrocknet, mehr bandartig und gewunden.

b. Fruchtkörper.

An Stelle der bei den bisher beschriebenen Pilzen gebildeten Fruchtstände (Conidienträger), auf deren Aufsenseite sich die Protosporen abschnüren (gymnokarper Typus) treten bei diesem Pilze anders geartete Fruchtkörper. Dieselben stellen hohle Körper dar, an deren Innenfläche die Protosporen gebildet werden (angiokarper Typus.)

---

[2] Eingehendere Angaben über den von mir gefundenen Pilz, dessen ausführliche Darstellung ich mir vorbehalte, finden sich l. c. S. 600. v. Sehlen.

Die Fruchtkörper haben eine rundliche, oft kugelförmige bisweilen mehr ovale Gestalt (vgl. Fig. XV a. und d.). Sie sind von einer mehrzelligen Membran umkleidet, an welche die benachbarten Hyphen sich mit einem engmaschigen Netze anlegen und zum Teil mit ihr verschmelzen. Dadurch entsteht eine mehrschichtige Kapsel, welche durch ihre dunkle schwarzbraune Färbung den Inhalt völlig verdeckt.

An einer Seite der Kapsel befindet sich eine kreisrunde Öffnung, welche mitunter durch eine halsartige Einschnürung abgesetzt wird, so dafs ein Gebilde von flaschenförmigem Aussehen entsteht (vergl. Fig. XV a. und Fig. XV e.).

Die Mündung ist bisweilen von einem unregelmäfsigen Kranze kurzer, dunkelgefärbter Hyphen, wie mit einem Frangenbesatze umgeben.

Die Gröfse der ausgebildeten Fruchtkörper beträgt durchschnittlich 70—100 μ Breite auf 70—160 μ Länge. Die Weite der Mündung mifst 20 μ im Durchmesser und ist bei den grofsen und kleinen Kapseln annähernd gleich grofs.

Die Fruchtkörper entstehen in ihrer ersten Anlage durch eine primäre Anschwellung eines Fadengliedes. Die betreffende Zelle nimmt dabei eine dunklere Färbung an und teilt sich zu einem mehrzelligen kugeligen Gebilde, an welche in der Folge andere dunkelgefärbte Hyphen sich anlegen und mit der Oberfläche zur Kapselanlage verschmelzen (vergl. Fig. XV b. und c.).

c. Sporen.

Die Sporen werden im Innern der Fruchtkörper gebildet und sind in ihrer Form und Anlage nicht zu erkennen, so lange sie in den dunkeln Kapseln eingeschlossen liegen. Sie werden als eine körnige, durch eine helle Substanz verbundene Masse aus den Mündungen der Fruchtkörper entleert (vergl. Fig. XV f.) und bestehen aus ovalen Körperchen von stärkerem Lichtbrechungsvermögen. Wenn sie von der Hüllsubstanz befreit sind, erscheinen sie als stäbchenförmige, bisweilen fast wie viereckige Gebilde, die in der Länge durchschnittlich 3 μ, in der Breite 1—1,5 μ messen. Eine besondere Hülle ist an ihnen nicht vorhanden, ihre Keimfähigkeit ist nur gering. Sie sind daher als einfache Spermatien anzusehen und der Fruchtkörper ist dementsprechend als ein Spermogonium[3] aufzufassen.

[3] Die Bezeichnung als Pykniden, wie ich die Fruchtkörper in meiner ersten Publikation über den Pilz l. c. genannt hatte, ist nach botanischer Nomenklatur für die Bildung von Stylosporen vorbehalten; obgleich beide Begriffe oft ineinander übergehen, ist es daher genauer, sie als Spermogonien zu bezeichnen. v. Sehlen.

Über HUTCHINSONs Sommerprurigo und Sommereruption.

Von

Dr. med. CARL BERLINER,
Assistenzarzt in Dr. UNNAS Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

Vortrag, gehalten auf der 63. Versammlung der Naturforscher und Ärzte zu Bremen vom 15. — 20. September 1890.

(Schluſs.)

Der Fall, meine Herren, den ich meiner heutigen Betrachtung zu Grunde gelegt habe, kann als ein ganz typischer Fall der HUTCHINSONschen Sommerprurigo nicht angesehen werden, weil die Patientin Angaben macht, von denen einige an die zweite, andere an die erste Form der Sommerkrankheit erinnern. Ich würde Ihnen die Patientin vorgestellt haben, wenn ihr gegenwärtiger Status ein derartiger wäre, daſs wir aus demselben ein charakteristisches Bild der HUTCHINSONschen Sommerprurigo oder der BAZINschen Hydroa vacciniforme erhalten könnten. Dies ist indessen nicht der Fall. Denn die Patientin kam zu uns Ende August, zu einer Zeit, wo die Krankheit stets an Intensität abzunehmen pflegte, und dann in einem Alter, wo die Krankheit überhaupt ihren früheren Charakter eingebüſst hat. — Die Patientin sieht beim ersten Anblick aus, als ob sie eine Rosacea auf seborrhoischer Basis hätte. Das Gesicht, besonders die Wangen in der Umgebung der Nase und diese selbst, sind leicht gedunsen und zeigen eine blaurote, wie von Frost herrührende Farbe. Die Haut erscheint verdickt, rauh, uneben. Auf der Stirn, besonders unmittelbar über den Augenbrauen sieht man kleine, hellere, stecknadelkopfgroſse Erhabenheiten; einige Knötchen liegen unter der Haut und sind dem tastenden Finger fühlbar. Dieselben verursachen leichtes Jucken. Einzelne der Efflorescenzen sind blutig gekratzt. Die Nase erscheint verlängert und rhinophymartig verdickt und zeigt ebenso wie die Wangen zahlreiche von ausgequetschten Komedonen herrührende, trichterartig erweiterte Follikelmündungen. In der linken Schläfengegend ist eine etwa linsengroſse Narbe, auf der Stirn sind deren mehrere, aber

im Umfange viel kleiner und flacher als jene, zu sehen. Die Ohren und der Hals sind vollständig frei von der Affektion. Die Handrücken und die Vorderarme, soweit sie von der Bekleidung nicht bedeckt waren, zeigen dieselbe blaurote Farbe wie das Gesicht. Aufserdem sehen wir auf diesen von der Affektion befallenen Teilen gröfsere Papeln und Knötchen, vereinzelte Kratzeffekte und von solchen herrührende flache Narben. Patientin hat keine Sommersprossen. Aus dem Status, meine Herren, würden wir also schwerlich auf HUTCHINSONS Sommerprurigo kommen. Es ist eben die Krankengeschichte, die uns in dem vorliegenden Falle am meisten interessiert und die Diagnose sicher stellt.

Die Patientin ist 23 Jahre alt und verrichtet zu Haus Feldarbeiten oder versieht die Wirtschaft ihrer Eltern. Diese sowohl wie die Geschwister sind gesund, auch die Patientin hat bis auf das Hautleiden über nichts zu klagen. Als sie 4 Jahre alt war, bekam sie einen Ausschlag im Gesicht, der näfste, krustig, borkig war. Nach kurzer Zeit fielen die Krusten ab und die Haut darunter zeigte sich zart und weifs. Sobald die Patientin sich im Sommer der Sonne aussetzte, wurde das Gesicht schnell rot und juckte.

Ich gebe, meine Herren, wo es irgend angeht, die eigenen Worte der Patientin wieder. — Aus späteren Jahren gibt sie an, im Gesichte starke Mitesser gehabt zu haben, die wie Würmer mit schwarzen Köpfen ausgedrückt werden konnten. Patientin hat nie Sommersprossen gehabt. Während der gröfsten Hitze, während der schwersten Arbeit schwitzt die Patientin nur in der Umgebung der Mundpartie.

Mit jedem Frühjahr, sobald es wärmer wurde, und die Arbeiten auf dem Felde begannen, empfand die Patientin oftmals schon nach 1 bis 2 Stunden, nachdem sie in der Sonne gewesen, Hitze, ein eigentümliches Prickeln, Stechen, Jucken im Gesicht. Die Nase und die benachbarten Teile der Wangen schwollen bisweilen ganz plötzlich an. Wenige Stunden später fühlte sie, wenn sie mit dem Finger über die Wange oder über die Stirn fuhr, unter der Haut kleine Knötchen. Am nächstfolgenden Tage wurden diese auf der Oberfläche sichtbar und verursachten Jucken. Das Gesicht war gerötet. Ein oder zwei Tage später zeigten sich an der Stelle der Knötchen Bläschen, welche gröfser wurden, nach kurzem Bestande aufbrachen und unter Entleerung eines wässerigen Inhaltes zu einer Kruste eintrockneten. Narben blieben nach den Angaben der Patientin nicht zurück. Das Leiden zog sich gewöhnlich bis in den Spätherbst hinein und verschwand im Winter gänzlich. Frei blieben die Ohren und der Hals, weil dieselben zum Schutze gegen die Sonne stets bedeckt waren. Von den Vorderarmen waren zeitweilig kleinere, zuweilen gröfsere Strecken befallen, je nachdem die Ärmel der Jacke, welche die Patientin trug, länger oder kürzer waren. —

Der Fall entbehrt in der schlichten Schilderung der Patientin nicht einer gewissen Tragik. Sie sagt: „Ich bin eigentlich ganz gesund, aber wenn der Frühling kommt, und die Natur erwacht, wo sich Alles drüber freut, da schieſst's bei mir auch heraus, aber ich freue mich nicht darüber.“ — Das Leiden hat mit den Jahren wesentlich an Intensität verloren und sich so weit gemildert, daſs die geschilderten Sensationen unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen wohl noch auftreten, wie wir jetzt Gelegenheit hatten wahrzunehmen, daſs aber mit dem Erscheinen und dem spurlosen Verschwinden vereinzelter, prurigoähnlicher, juckender Efflorescenzen der Endeffekt der strahlenden Sonne erreicht ist. — Die Behandlung in unserer Klinik ist zur Zeit, wo das Leiden überhaupt nicht sehr scharf hervortritt, auf die Besserung des augenblicklichen Zustandes gerichtet. Die Patientin erhält jetzt eine Resorcinschälpaste. Sie will in den nächsten Tagen die Klinik wieder verlassen, da sie gerade um diese Jahreszeit an die Arbeit gewöhnt ist und Heimweh fühlt. Im nächsten Frühjahr, wenn das Leiden beginnt, hat sie versprochen, wiederzukommen. Auch die eben beschriebenen Fälle stellen wir zu einer Übersichtstafel zusammen.

In den vorstehenden Fällen ist das Krankheitsbild viel einheitlicher und vollständiger, als in den mit Sommerprurigo bezeichneten. Die Krankheit beginnt hier mit Ausnahme von Fall 2 schon in der Kindheit, steht streng unter dem Einflusse der Sonnenstrahlen und der Sommerhitze und ist deshalb fast ausschlieſslich auf den entblöſsten, der Sonne ausgesetzten Körperteilen lokalisiert. Der Ausschlag ist im Beginn dem Erythema multiforme nicht unähnlich, wird jedoch später stärker vesikulös oder bullös und gewinnt schlieſslich das Aussehen von Vaccinepusteln, die mit Zurücklassung von Narben verschwinden. Bei Eintritt der wärmeren Jahreszeit bricht die Krankheit stets von neuem aus, zeigt während des Sommers mehrere in ihrer Intensität von der Temperatur beeinfluſste Eruptionen, die gegen den Herbst hin seltener und schwächer werden und im Winter zumeist wegbleiben. —

Unter mehreren Geschwistern ist nur eins in den erwähnten Fällen von der Affektion heimgesucht. Die Krankheit nimmt im Laufe der Jahre einen stetig milderen Charakter an und endigt wahrscheinlich, wie im Falle 1 mit völliger Heilung.

Aus der bisherigen Betrachtung geht deutlich hervor, daſs wir es in beiden Formen von Hutchinsons Krankheit mit einem und demselben ursächlichen Faktor, nämlich dem traumatischen Einflusse der direkten Sonnenstrahlen zu thun haben. Der Effekt jedoch, den dieselben hervorrufen, ist in der ersten Form ein pruriginöser, in der zweiten ein bullöser Ausschlag. In beiden Formen ist der Sommer die für die Krankheit

schlimmste Jahreszeit. Im Sommer nimmt die Affektion ihren Anfang, im Sommer treten die Recidive auf, verschlimmern oder bessern sich die Anfälle, je nachdem wärmere oder kühlere Tage vorherrschend sind. Wir bezeichnen aus diesem Grunde beide Formen der HUTCHINSONschen Krankheit mit dem gemeinsamen Namen Sommereruption, **Eruptio aestivalis** und sprechen bei der ersten Form von einer **Eruptio aestivalis pruriginosa,** bei der zweiten von einer **Eruptio aestivalis bullosa.** Der Unterschied scheint vielleicht nur ein gradueller zu sein, indem das empfindliche Kindesalter mehr zur intensiveren bullösen, das Pubertätsalter mehr zur milderen pruriginösen Form neigt. Wir können deshalb den unter der ersten Form beschriebenen Fall PENNMANN, bei welchem die Krankheit schon in der frühesten Kindheit begonnen hat, und bei dem auch die zahlreichen Narben auf eine vorangegangene stärkere Einwirkung der Sonnenstrahlen hinweisen, besser zur zweiten, der Eruptio aestivalis bullosa rechnen. Auch unseren Fall zählen wir, obwohl die Narbenbildung nicht sehr ausgesprochen ist, zu dieser zweiten Form. Alle diejenigen Fälle, bei welchen der Charakter einer Sommerkrankheit aus dem Beginn in der wärmeren Jahreszeit, aus den Recidiven im Sommer und der Besserung im Winter, aus der Lokalisation auf den der Sonne ausgesetzten Körperteilen nicht zur Evidenz hervorgeht, scheiden wir von der Eruptio aestivalis aus. Als zweifelhaft, ob zu dieser Krankheit gehörig, müssen diejenigen Fälle angesehen werden, bei welchen sich der Einfluſs der Sonnenstrahlen erst weit später, in den zwanziger oder gar dreifsiger Jahren bemerkbar macht.

Bei der Erwähnung eines traumatischen Einflusses der Sonnenstrahlen liegt es nahe, die schwerste unter demselben Einflusse stehende Hautaffektion, KAPOSIS Xeroderma pigmentosum vergleichsweise heranzuziehen. JAMIESON hat den obenerwähnten Krankheitsfall (2) als Xeroderma pigmentosum, und HUTCHINSON den seinigen als eine Form von KAPOSIS Krankheit beschrieben. Was haben diese Fälle, was hat überhaupt die zweite Form der HUTCHINSONschen Krankheit, die Eruptio aestivalis bullosa mit KAPOSIS Xeroderma pigmentosum gemein? Einmal die Aetiologie — hier wie dort ist für das Entstehen der Affektion der Einfluſs der Sonnenstrahlen maſsgebend, — sodann den frühzeitigen Beginn, die lange Dauer und die Hartnäckigkeit des Leidens; dagegen fehlen ihr die KAPOSIS Krankheit eigentümlichen Hautsymptome, die abnorme Pigmentation, die Xerodermie, die Teleangiektasie, die Hautatrophie, die Tendenz zur Karcinombildung. Die Prognose ist hier quoad vitam sehr ungünstig, dort gut. Von Xeroderma pigmentosum werden meist mehrere Mitglieder derselben Familie befallen, was bei der bullösen Form der Sommereruption nicht zutrifft. Angesichts dieser differentiell diagnostischen Merkmale haben wir HUTCHINSONS Sommereruption und KAPOSIS Xero-

derma pigmentosum als zwei verschiedene, auch nicht graduell abgestufte Krankheiten streng von einander zu trennen. —

Als einfachste Form eines traumatischen Einflusses der Sonnenstrahlen erwähnen wir noch den akuten Sonnenbrand, die bräunliche Verfärbung der Haut nach kürzerem oder längerem Aufenthalte im heifsen Sonnenschein, wie wir sie im Sommer an Soldaten, Touristen, Landleuten etc. täglich wahrzunehmen Gelegenheit haben. — Ziemlich isoliert, vielleicht zu HUTCHINSONS Sommereruption zu zählen, steht ein von VEIEL veröffentlichter Fall eines akuten Ekzema solare[1]; derselbe ist interessant genug, um hier kurz rekapituliert zu werden.

Eine 56jährige Frau bekam, als sie 24 Jahre alt war, zum ersten Male im April nach einem Spaziergange bei Sonnenschein eine starke Anschwellung des Gesichtes, verbunden mit roten nesselsuchtartigen Beulen. Die Affektion verschwand beim Aufenthalt im Zimmer nach ca. 4 Tagen. In den folgenden Wochen brachte jeder Gang ins Freie bei hochstehender Sonne, einerlei ob bei bedecktem oder unbedecktem Himmel, die Anschwellung wieder. Erst im Juni, nach 6 Wochen, liefs die Empfindlichkeit der Haut nach. Mit jedem Frühjahr wiederholte sich das Leiden, verschwand in den ersten Jahren im Herbst und im Winter, zog sich jedoch später stetig länger hin, um in der letzten Zeit das ganze Jahr hindurch die Patientin zu quälen. Eine Milderung des Reizzustandes der Haut trat nur in den Monaten Dezember, Januar ein. Sobald die Patientin sich ständig im Zimmer bei geschlossenem Fenster aufhielt, blieb die Haut ruhig, nur die dem Fenster zugekehrte Seite des Gesichts befand sich stets in einem leichten Reizzustand, der sich durch das Vorhandensein eines papulösen Ekzems kund gab. Wenn man den Stuhl und Arbeitstisch der Patientin drehte, so dafs die andere Gesichtsseite dem Fenster zugekehrt war, wurde die vorher gereizte Wange ruhig, die andere zeigte am folgenden Tage das papulöse Ekzem. Hielt sich die Patienten in der Mitte des Zimmers fern vom Fenster auf, so schwand jeglicher Reizzustand. Kurz vor Sonnenuntergang und nachts konnte sie bei Wind und Wetter ausgehen und blieb selbst bei den schärfsten Ostwinden von einer Eruption verschont.

Alle Waschwasser, alle Salben, alle inneren Mittel, die sie gebrauchte, waren ohne Erfolg.

VEIEL nahm an, dafs es sich in dem vorliegende Falle um die Einwirkung der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes handelte, weil die Patientin die strahlende Wärme eines stark geheizten Ofens gut ertragen konnte, ohne von ihrer Affektion befallen zu werden. Er riet deshalb der Patientin einen roten Schleier zu tragen, der die chemischen Strahlen

[1] Vgl. *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* Jahrg. 1887. S. 1114 u. s. f.

des Sonnenlichtes absorbieren sollte. Der Schleier bewährte sich vorzüglich. Zwar war die Patientin bei der Veröffentlichung des Falles noch nicht von ihrem Übel befreit, aber sie konnte sich in den heifsen Monaten mit ihrem Schleier vor dem Gesichte längere Zeit im Freien bewegen, ohne Schaden zu nehmen.

Einen ganz analogen Fall verdanke ich der privaten Mitteilung von Herrn Dr. Unna. Es handelte sich um eine Gräfin X., welche seit vielen Jahren bereits in Beobachtung stand. Die Dame durfte sich besonders im Frühjahr und Sommer nicht ohne einen dichten Schleier ins Freie wagen, wenn nicht der akute Ausbruch eines erythematös-vesikulösen Ausschlags, eines sogenannten akuten Ekzems, besser akuter Dermatitis folgen sollte. Es fanden sich neben den von Veiel hervorgehobenen Symptonen die Immunität gegenüber strahlender Wärme, die starke Reizbarkeit gegenüber den chemischen Lichtstrahlen. Der beständige Gebrauch einer überfetteten Natrontannatseife und von Schleiern, welche die chemischen Lichtstrahlen absorbieren, beseitigte die Affektion so weit, dafs die Patientin jahrelang mit dem erzielten Resultate durchaus zufrieden war.

Dieser Fall veranlafste Unna schon 1885 in einer Versuchsreihe die verschiedenen Farben, insbesondere die Komplementärfarben des violetten Spektrumendes Rot, Orange und Gelb auf ihre Fähigkeit die chemischen Lichtstrahlen zu absorbieren, einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Er fand, dafs dies am gründlichsten Curcuma that. [1]

Wie in dem Veielschen und Unnaschen Falle, so spielen auch beim akuten Sonnenbrand die chemischen Strahlen des Sonnenlichts insofern eine Rolle, als ihnen die Braunfärbung der Haut zuzuschreiben ist. Viel unheilvoller ist ihre Wirkung beim Xeroderma pigmentosum. Die Therapie kann aber, seitdem wir die Ursache der Krankheit kennen, nicht mehr so trostlos wie bisher sein, vorausgesetzt, dafs die Diagnose frühzeitig genug erkannt wird, ehe die Sonne an ihrem verheerenden Werke längere Zeit gearbeitet hat.

Auch bei Hutchinsons Sommereruption sprechen wir angesichts der Hartnäckigkeit des Leidens und der Nutzlosigkeit der angewandten Mittel die Vermutung aus, dafs es sich um eine Einwirkung der chemischen Strahlen des Sonnenlichts handelt, und dafs die Besserung oder die vollkommene Heilung schneller erreicht werden wird, wenn die Patienten nach Veiel durch eine mit chromsaurem Kali rot gefärbte oder nach Unna durch eine mit Curcuma gelbgefärbte Schutzwand, sei es Maske, Schleier, Fenster für Wochen und Monate lang konsequent jener unheilvollen Einwirkung der violetten und ultravioletten Strahlen des Sonnenspektrums entzogen werden.

---

[1] Vgl. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1885. (IV. Bd.) S. 277 u. f.

I. HUTCHINSONs Sommerprurigo.

Eruptio aestivalis pruriginosa.

Tabellarische Übersicht.

Name, Alter	Alter bei Beginn der Affektion	Einfluß der Jahreszeit	Beschaffenheit des Ausschlags und sonstige Symptome	Lokalisation	Weiterer Verlauf und Ausgang	Heredität
1. Charles Pennmann 23 J.	6 Mon.	Beginn und Recidive im Sommer	Konische blaßrote Efflorescenzen mit flüssig. Inhalte, von denen einige pustulös wurden. Krusten; weiße, flache Narben	Gesicht, Handrück., Nacken am stärksten neben anderen ergriffenen Hautstellen	Vollständige Heilung mit Zurücklassung von Narben	Ohne Angabe
2. Harrieth Smith 13 J.	8½ J.	Wie 1	Papeln, teilweise blutig gekratzt, intensives Jucken. Flache Narben	Arme, Schultern, Stamm, zuletzt das Gesicht	Die Krankheit besteht fort	Keine
3. S. Hoop (erwachsener Mann)	Ohne Angabe	Besserung im Winter, im Sommer Verschlimmerung	Pruriginöse Efflorescenzen mit wenigen Bläschen	Beine, Vorderarme, Gesicht	Wie 2	Ohne Angabe
4. Mary Ashton 29 J.	27 J.	Wie 3	Pruriginöser Ausschlag	Arme, Brust, Beine, wenig Gesicht	Wie 2	Ohne Angabe
5. W. Hopkins 24 J.	18 J.	Wie 3	Prurig. Eksem. Jucken. Trockne Haut. Beginn mit roten Flecken	Gesicht, Streckseiten d. Extremität.	Wie 2	Keine
6. Sara Smith 14 J.	11 J.	Wie 1	Papulöser Ausschlag, geringes Jucken	Gesicht, Arme, Hände	Wie 2	2 Brüder hatten dasselbe Leiden
7. R. Stole 19 J.	14—16 J.	Wie 3	Pruriginöser Ausschlag	Arme, wenig auf d. übrigen Körper	Wie 2	Ohne Angabe
8. Mary Anna Wood 33 J.	18 J.	Wie 1	Ähnlich 1	Arme, Streckseite d. Ellbogengelenke, Handrücken, Beine, wenig d. Gesicht	Wie 2	Keine
9. Jane Bewick 22 J.	17 J.	Wie 3	Ähnlich 1	Gesicht, Handrücken	Wie 2	Ohne Angabe
10. Harriet Adams 17 J.	8 J.	Wie 3	Wie 1	Gesicht, Arme	Wie 2	Keine
11. Catherine Draper 16 J.	15 J.	Wie 1	Pruriginöser Ausschlag	Gesicht, Streckseite der Vorderarme, Brust	Wesentliche Besserung	Ohne Angabe
12. Mary Henning 22 J.	12 J.	Beginn im Sommer, Recidive im Frühling und Herbst. Besserung im Winter	Wie 1 mit Neigung zu Urticaria	Gesicht, Arme, bisweilen Rücken, Brust, Füße	Ohne Angabe	Ohne Angabe
13. Eliza Martin 33 J.	32 J.	Wie 1	Prurigo	Gesicht, Arme, Rumpf, wenig die Unterextremitäten	Wie 2	Ohne Angabe
14. Kate Neumann 11 J.	9½ J.	Wie 3	Blutig gekratzte Papeln. Jucken	Gesicht, Ohren	Wie 2	Keine

II. HUTCHINSONs Sommereruption.

Eruptio aestivalis bullosa.

Tabellarische Übersicht.

Name, Alter des Patienten	Alter bei Beginn des Leidens	Einfluß der Jahreszeit	Beschaffenheit des Ausschlags, sonstige Symptome	Lokalisation	Weiterer Verlauf und Ausgang	Heredität
1 J. Hayes 21 J. (HUTCHINSON)	2 Jahre	Beginn, Recidive Verschlimmerung im Sommer; gut im Winter	Bläschen, Blasen, Krusten; vaccineähnliche Narben	Nase, Wangen, Ohren, Handrücken	Vollständ. Heilung	Kein Fall in der Familie
2 G. T. 7 J. (JAMIESON)	13 Jahre	Beginn im April, Dauer bis Septbr.	Pickelchen, Bläschen mit rotem Hof, Krusten, Narben	Wangen, Handrücken, Nacken, Ohren	Heilung nicht beendigt	Eltern und Geschwister gesund
3. R. 8½ J. (BAZIN)	höchstens 5 Jahre	Beginn im Frühling	Bläschen, einige mit Serum erfüllt, andere pustulös, mit Krusten bedeckte Plaques. vaccineähnliche Narben	Gesicht, Handrücken	Wesentliche Besserung	Ohne Angabe
4. N. N. 7 J. (HANDFORD)	2 Jahre	Beginn im April, Dauer bis Septbr. Recidive, Verschlimmerung im Sommer, gut im Winter	Kleine Papeln, die vesikulös oder pustulös werden, zu Krusten eintrocknen u. Narben hinterlassen. Geringes Jucken	Gesicht, Hals, Ohren, Handrücken	Keine Heilung bis jetzt erreicht	Kein Fall in der Familie
5. M. H. 23 J. (BERLINER)	4 Jahre	Wie 1.	In früheren Jahren: erythematöse Flecke, Knötchen, Bläschen, Krusten; jetzt: prurigoähnliche Efflorescenzen, Papeln. Narben gering	Gesicht, Handrücken, der unbedeckte Teil der Vorderarme	Der frühere Charakter der Affektion verschwunden; der Zustand hat sich sehr gebessert	Kein ähnlicher Fall in der Familie

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut.

Von

P. G. Unna.

VII.

Angioneurosen.

(Fortsetzung.)

Ich möchte hier nun nicht auf halbem Wege stehen bleiben. Wenn es uns geglückt ist, für die Mehrzahl aller bisher gekannten Angioneurosen eine gleiche Entstehungsart wahrscheinlich zu machen, so drängt sich der Gedanke auf, ob nicht vielleicht auch die übrigen, so z. B. die nicht fluxionären Angioneurosen demselben Prinzip oder einem ähnlichen gehorchen. Würde uns dieses zu zeigen gelingen, so könnten wir die bisher nur von klinischem Takte inspirierte Abteilung der Angioneurosen auch pathologischerseits als eine einheitliche Gruppe bestehen lassen.

Lassen Sie uns zu diesem Zwecke zuerst untersuchen, welche Erscheinungen auftreten müssen, wenn die von mir zunächst nur für eine grofse Abteilung der Angioneurosen postulierte, übermäfsige Reizbarkeit der Gefäfsmuskulatur der Haut in sehr hohem Grade ausgeprägt ist. Diese Frage ist leicht zu beantworten. Es mufs bei fortwährender Steigerung des Muskelreizes ein Moment kommen, wo alle Gefäfsmuskeln der Haut, der Arterien sowohl wie der Venen, in tetanischer Starre verharren, nämlich dann, wenn die Kraft der Arterienmuskeln genügend entfacht ist, um den arteriellen Blutdruck vollkommen zu überwinden. Dann ist für die Arterienmuskulatur derselbe Zustand eingetreten, wie bei geringeren Reizen für die Venenmuskulatur allein und sofort verändert sich das klinische Bild. Es findet keine Inkongruenz zwischen den Kalibrierungen der arteriellen und venösen Seite mehr statt, da sowohl durch Arterien wie Venen nur noch ein minimaler Blutstrom passiert. Mit der primären Wallung entfällt jeder Grund zur Stauung und zum spastischen Ödem.

Man sieht sofort ein, dafs dieser Zustand das genaue Abbild dessen ist, was wir in den Erscheinungen der toten Finger und der Raynaudschen lokalen Asphyxie zur Genüge kennen und bereits im Kapitel der Anämie besprochen haben. Nur zeigt es sich, dafs bei diesen Zuständen der Reiz

des Blutdruckes nicht hinreicht, um die Erscheinungen herbeizuführen, sondern dafs ein äufseres Moment, die besonders grofse Abkühlung der Extremitäten-Enden hinzukommen mufs, um die extreme Zusammenziehung des ganzen Gefäfsbaumes, um diesen wahren Gefäfstetanus zu veranlassen.

Das auslösende Moment ist also bei diesen anämischen Angioneurosen allerdings ein anderes, aber die Grundursache des krankhaften Zustandes ist hier wie bei den fluxionären Angioneurosen: eine abnorme Reizbarkeit der gesamten Gefäfsmuskulatur.

Es ist mithin in der That möglich, auch diese Gruppe der Angioneurosen demselben von mir aufgestellten Prinzip unterzuordnen. Ja, die einzelnen Modifikationen der anämischen Angioneurosen gewinnen auf der Basis dieser Anschauung erst eine einfache Erklärung. So ist die cyanotische oder Stauungsform der Raynaudschen Krankheit, deren wir oben bereits gedachten, nichts weiter als eine schwächere Form der Krankheit, bei welcher der arterielle Spasmus nicht ganz bis zur totalen Anämie verstärkt ist, und demgemäfs der venöse Spasmus relativ überwiegt. Unter diesen Umständen mufs Stauung und ein leichter Grad von Ödem hinzutreten.

Setzen wir nun andererseits den Fall, dafs die muskulatöse Irritabilität der Hautgefäfse nur sehr schwach ausgeprägt ist, so wird ein Zustand resultieren, bei welchem die Eigentümlichkeiten der Angioneurosen garnicht hervortreten, weil sowohl der arterielle wie der venöse Blutdruck genügen, um die Kalibrierung der beiden Seiten des Gefäfsbaumes in vollkommener Harmonie zu erhalten. Es kann sogar ein leichter Grad von arterieller Parese eintreten, es können sich hyperämische Flecke und Ringe bilden, ohne dafs bereits derjenige Grad von Gefäfsreizung erreicht wird, bei welchem die weniger belasteten Venen sich reflektorisch verengen und das Erythem in ein Erythema papulatum überzugehen anfängt. In diesen leichtesten Fällen ist also die Angioneurose allerdings nicht manifest, aber sie existiert doch, sie ist nur zur Zeit latent. Dieser Fall ist in Wirklichkeit ein ungemein häufiger. Fast alle schwächeren Formen der ganzen Abteilung zeigen bei jedem einzelnen Anfall abortive Efflorescenzen, in welchen dieser Zustand ausgeprägt ist und ebenso verläuft die Abheilung der in Betracht kommenden Erkrankungen überall in Formen, bei denen das angioneurotische Moment mehr und mehr latent wird.

Aber stets mufs dieses Moment manifest werden können, wenn wir den Zustand der Haut noch zu den Angioneurosen rechnen wollen. Hier finden wir die Grenze zwischen angioneurotischen und einfachen Erythemen. Wenn wir bei einem fraglichen Erythem durch Anwendung der für die betreffenden Angioneurose, adäquaten Reize, wie Verstärkung der Blutzufuhr durch Reiben oder Erwärmung, Erhöhung der

Irritabilität durch Kälte u. s. w. nicht sofort die charakteristische Form des angioneurotischen Exanthemes hervortreten sehen, so handelt es sich eben nicht um eine Angioneurose, sondern um eine einfache Gefäfslähmung, eine Wallungshyperämie. Um ein allbekanntes Beispiel zu erwähnen, so erzeugt der Flohstich bei vielen Personen nur einen einfachen Wallungsfleck, der auch bei Einwirkung neuer Reize seinen Charakter nicht ändert. Bei anderen Personen führt aber dasselbe Trauma zu einem angioneurotischen Erythem, indem für diese der Giftstoff eben der adäquate Reiz ist, welcher die Irritabilität der Gefäfsmuskeln herbeiführt. Wenn solche Personen gestochen werden, ist es durchaus nicht nötig, dafs die Angioneurose sofort manifest wird. Wennn dieselbe im Gegenteil ihr Gelüste, den Erythemfleck zu kratzen, beherrschen, so ist und bleibt dieser gewöhnlich von dem einfachen Erythem der erstgenannten Gruppe von Menschen ununterscheidbar und höchstens durch das stärkere Jucken zu vermuten. Dafs aber hier doch eine total andere Einwirkung desselben Giftes vorliegt, erfährt man sofort, sowie man den Erythemfleck zu reiben beginnt. Nun wird die Angioneurose unter der stärkeren Blutzufuhr manifest, es entsteht eine Quaddel.

Ich glaube somit gezeigt zu haben, dafs auch die übrigen Angioneurosen als solche mit extrem schwacher oder extrem starker Ausbildung der Muskelirritabilität sich dem Grundprinzip der Angioneurosen unterordnen. Ihre bedeutende klinische Verschiedenheit beruht nur scheinbar auf einer Verschiedenheit des Grundprinzips, sie erklärt sich zur Genüge aus der anatomischen und physiologischen Eigentümlichkeit der Hautcirkulation.

Die abnorme Irritabilität der Gefäfsmuskulatur ist nun, wie schon zur Genüge aus dem Gesagten hervorgeht, nicht als eine auf beliebigem Reize ansprechende Eigenschaft derselben zu betrachten. Im Gegenteile sind aufser den allgemeinen Reizen, wie Schwankungen des Blutdruckes und der Aufsentemperatur, noch eine grofse Menge zum Teil ganz absonderlicher specifischer Reize in dieser Richtung thätig, von denen jeder nur zu bestimmten klinischen Erscheinungen und bestimmten Hautindividuen Beziehungen erkennen läfst. In diesem Sinne habe ich soeben von „adaequaten Reizen“ gesprochen.

Wenn man auf der Haut der meisten Menschen mit einem stumpfen Stäbchen schreibt, so erzeugt man bekanntlich nach mehreren Sekunden einen anämischen Strich, die genaue Wiedergabe der gedrückten Hautstellen in continuo, welcher auf ganz normaler oder etwas hyperämischer Umgebung sich scharf abhebt und eine oder mehrere Minuten lang sichtbar bleibt. Dieses ist die normale Hautreaktion für den angegebenen Reiz, nach der heute beliebten Terminologie: das normale Autogramm der Haut. Bei einer geringen Anzahl von Menschen tritt sofort nach der Bestreichung

ein breit irradierender, roter Streifen auf, das Zeichen einer durch Druck erzeugten Gefäfslähmung, die von etwas längerer Dauer ist als das normale Autogramm. Bei ganz wenigen, sonst übrigens durchaus gesunden Menschen schliefst sich an diesen irradierenden, roten Streifen im Bereich der gedrückten Linie alsbald eine Stauung, die Linie schwillt an, das Ödem mehrt sich, die Linie wird weifs — die bekannte Reaktion der speciell sogenannten „Autographiker". Man würde nun sehr fehlgehen, wenn man meinte, die Besitzer dieser abnormen Form des Autogramms reagierten auf alle möglichen allgemeinen oder speciellen Reize in ähnlicher Weise. Der adaequate Reiz, um die Erscheinung bei ihnen hervorzurufen, ist nur der äufsere Druck, nicht die Temperaturdifferenz, nicht die Steigerung des peripheren Blutdruckes überhaupt, nicht die chemische Reizung durch Insektenstiche u. s w.

Ebenso weifs ein jeder, dafs die Urticaria ab ingestis sich nur nach ganz bestimmten Nahrungsmitteln, wie nach Krebsen, Erdbeeren, einstellt und dafs die betreffenden Substanzen nicht einmal in die Cirkulation gelangen müssen; sondern dafs schon unter Umständen ihre Berührung mit den Geschmackspapillen genügt, um das angioneurotische Exanthem entstehen zu lassen. Das Geheimnisvolle, welches diesen nervösen Konnex umgibt, wird noch dadurch vermehrt, dafs es wiederum nur ganz gewisse Individuen sind, welche auf jene ganz bestimmten Reize reagieren.

Nach der Einführung einer grofsen Reihe von Medikamenten treten ebenfalls angioneurotische Exantheme auf, deren Anzahl sich, seitdem die allgemeine Aufmerksamkeit auf sie gelenkt ist, von Tag zu Tag vermehrt. Man kann sagen, dafs es wenige, stärker wirkende Arzneimittel gibt, nach deren Anwendung nicht bei einzelnen Individuen bereits sogenannte Arzneiexantheme beobachtet worden wären. Dieselben sind jedoch durchaus nicht alle angioneurotischer Natur, man sieht unter ihnen reine Gefäfslähmungen, Blutungen, Pigmentierungen, einfache und kompliziertere Entzündungsprozesse, ja selbst entzündliche Neubildungen. Aber ein sehr grofser Teil derselben gehört zu den Angioneurosen, wie ich sie definiert habe. Und auch bei diesen finden wir das charakteristische Moment einer äufserst feinen Beziehung zwischen Medikament und Individuum; so sehr, dafs bisweilen minimale Dosen genügen, um bei den betreffenden Personen jedesmal die gleichen Erscheinungen an der Haut hervorzurufen, während gröfsere Dosen es schon nicht mehr vermögen und dafs es andererseits kaum zwei Individuen gibt, deren Exanthem in allen Einzelheiten (Intensität, Topographie, Art der Efflorescenzen) übereinstimmen.

Diesen ersten, für alle Angioneurosen wichtigen Punkt kann man in Bezug auf die Ursache die Bedingung des abgestimmten oder adaequaten Reizes, in Bezug auf das Individuum die Bedingung einer bestimmten Idiosynkrasie nennen.

In zweiter Linie ist allen Angioneurosen ein typischer, meist rascher, stets mit der Ursache synchroner Ablauf gemeinsam. Diese Efflorescenzen vom Typus der Urticaria des papulösen Erythems mit oder ohne Bläschen und Blasenbildung machen einzeln stets denselben typischen Dekursus durch und nur durch die periodenweise oder ununterbrochene Aneinanderreihung von neuen Efflorescenzen entstehen chronische Krankheitsbilder von unbestimmter Dauer. Die elementare Läsion ist flüchtiger Natur. Wo allerdings die Ursachen, bekannt oder unbekannt, permanent fortwirken, wie bei der Urticaria chronica, der RAYNAUDschen Krankheit, dem Frost, da gewinnt die Angioneurose einen im ganzen stabilen, wenn auch im einzelnen schwankenden Charakter.

Als drittes gemeinsames Symptom der Angioneurosen möchte ich ihre symmetrische Verteilung hinstellen. Dieselbe tritt überall deutlich hervor, besonders bei den reflektorisch von inneren Organen oder cirkulierenden Giften erzeugten Exanthemen. Aber auch dann, wenn das angioneurotische Element ausgelöst wird von einer bestimmten Hautstelle, also einseitig, so springt sie meist sofort auf symmetrisch liegende Hautstellen über; gewöhnlich bleibt sie dann auf der Seite des Ursprungs dauernd stärker entwickelt. Ich habe Fälle von allgemeinen Angioneurosen der Haut gesehen, in denen — gleich einer epileptischen Aura — eine subjektive Empfindung, Jucken oder Schmerz, dem Ausbruch des Exanthems an einer Seite voranging. Auch dann blieb das Exanthem an dieser Seite stärker entwickelt, was übrigens der vollendeten Symmetrie keinen Abbruch that.

Die Art der Symmetrie ist eine neurogene oder besser angiogene. Es sind durchaus nicht etwa topographisch-symmetrische Regionen, wie die Kniegegend, die Achselhöhlen, die Handrücken etc., welche in übrigens unregelmäfsiger Anordnung die Efflorescenzen aufweisen; es besteht also keine regionäre Symmetrie wie bei den Dermatomykosen. Sondern lückenhaft allerdings, aber im einzelnen deutlich genug und oft wahrhaft überraschend genau finden sich Gefäfsbezirke beiderseits befallen, die wir nicht anders als auf die Ausbreitung genau symmetrisch entspringender Gefäfs- oder Nervenpaare beziehen können.

Die Form der Efflorescenzen ist, wie aus dem bisherigen zur Genüge hervorgeht, wechselnd genug. Es finden sich: Anämie, einfache Erytheme, papulöse Erytheme, entzündliche Knoten, Quaddeln, Bläschen und Blasen. Und doch ist in den meisten Fällen auch hier ein gemeinsamer Charakterzug unverkennbar, nämlich die Anordnung nach den in einer früheren Vorlesung von mir erörterten, cirkulatorischen Flächenelementen der Haut. Besonders die papulösen Erytheme mit oder ohne Bläschenbildung, zeigen diesen Charakter deutlich. Hier finden wir bei manchen Ausbrüchen alle Varianten, welche auf der mannigfachen Hervorhebung

einzelner Teile des cirkulatorischen Netzes beruhen: runde Flecke, Ringe, Halbringe, doppelte Ringe, Flecke mit mehr oder minder ausgeprägten, koncentrisch angeordneten Ringen, netzförmige Verteilung u. s. w. Diese Anordnung verschwindet nur dort, wo diffuse Anämie (Raynaudsche Krankheit), Cyanose (Frost) oder Wallungserythem sie verdecken. Dann findet man dieselbe aber doch hin und wieder vor, in einzelnen Momenten gelegentlich eines raschen Wechsels der Blutverteilung, einer medikamentösen Einwirkung oder dergl. — Die Bedingung eines adäquaten Reizes, der mit dem Reiz synchrone Ablauf, die angiogene Symmetrie der Effloreszenzen und der angiogene Grundtypus, diese vier Eigenschaften charakterisieren klinischerseits die Angioneurosen.

Nachdem es nun gelungen ist, pathologisch und klinisch die uns beschäftigende Gruppe näher zu definieren, können wir mit Aussicht auf Erfolg daran gehen, eine strengere Sonderung unter den hierher gezählten Dermatosen vorzunehmen, als dies bisher möglich war. Wir folgen am besten Auspitz, weil er der erste und aufser Lewin und Schwimmer einzige Autor ist, der die Angioneurosen als besondere (zweite) Klasse seinem System einfügte, und sie schärfer als sein Vorgänger von den rein entzündlichen Dermatosen (Ekzem) trennte. Auspitz teilt seine Klasse zunächst in drei Hauptabteilungen, die infektiösen, toxischen und essentiellen Angioneurosen, letztere von unbekannter Ätiologie. Die erste Abteilung der infektiösen Angioneurosen fordert von diesen die Kritik am meisten heraus. Ich habe schon in den früheren Kapiteln erörtert, weshalb das Exanthem des Scharlachs nicht als Angioneurose, sondern als eine wahre Entzündung der Haut betrachtet werden mufs und weshalb das entzündliche Element nicht mit den Flächenelementen der Haut zusammenfallen kann. Es fehlen von den vier, für die Angioneurosen als pathognomonisch aufgestellten, klinischen Zeichen zwei, nämlich die angiogene Form des Exanthems und der mit dem specifischen Reiz synchrone Ablauf. Denn bekanntlich schliefst sich beim Scharlach an die akute Eruption ein durch blofse angioneurotische Vorgänge nicht erklärbares längeres Stadium der Abschuppung, und das Element des Scharlachexanthems ist embolischer Natur, unabhängig von dem präformierten Flächenelement der Cutis.

Weniger selbstverständlich ist die Abtrennung des Masern- und Rötelexanthems und der typhösen Roseola von der Gruppe der Angioneurosen, da bei diesen der entzündliche Prozefs mehr und mehr zurücktritt. Bei dem Masernexanthem haben wir wahrscheinlich ein, um den infektiösen Embolus entstandenes, entzündliches, centrales Knötchen, welches später abschuppt, zu unterscheiden von einem dasselbe hofartig umgebenden Stauungserythem und Ödem. Den letzten Teil des Masernexanthems könnte man wohl zu den infektiösen Angioneurosen der Haut zählen,

aber doch wieder nicht in dem bisher gebräuchlichen Sinne, nach welchem ein Exanthem auf der Haut entsteht durch centrale Lähmung oder Reizung von vasomotorischen Centren. Es kann sich hier lediglich um eine lokale Vasoneurose handeln, die sich genau wie das central entzündliche Knötchen nur in etwas weiterem Umfange an den infektiösen Embolus koncentrisch anschliefst und diesem allein seinen Ursprung verdankt. Der lokale embolische Charakter des Masernexanthems wird durch die konkurrierenden spastischen Erscheinungen nicht im mindesten aufgehoben.

Je weniger entzündliche Symptome die infektiösen Exantheme begleiten (Abschuppung) und je weniger klinische Besonderheiten sie darbieten, um so eher ist es gerechtfertigt, die Ausschlagsform als eine bloſse Folge einer allgemeinen, gesteigerten Gefäfsreizbarkeit aufzufassen. Die wenig oder garnicht abschuppenden Flecke bei den Röteln, beim Typhus exanthematicus und Typhus abdominalis liefsen am ehesten die Auspitzsche Deutung zu; der angioneurotische Charakter einfacher Roseolae ist eben in vielen Fällen ebenso schwer zu erweisen wie auszuschliefsen. Und doch sprechen auch hier, denke ich, gewichtige Gründe dagegen, diese Exantheme als reine angioneurotische hinzustellen. Nicht nur die wichtige Analogie der Masern und des Scharlachs spricht dagegen, sondern auch die Form und die Verteilung der Effloreszenzen. Hätten wir beispielsweise in der typhösen Roseola eine wahre angioneurotische Erscheinung vor uns, so dürften wir mit Recht eine in den bekannten Grenzen sich bewegende gröfsere Wandelbarkeit der Form erwarten. Ringe und Halbringe neben den Flecken, papulöse Erytheme neben den einfachen Roseolen und wenn auch spontan solche Variationen nicht beobachtet würden, so müfste man sie unter Umständen künstlich durch mechanische oder thermische Reize hervorrufen können. Wichtiger noch erscheint mir der völlige Mangel an angiogener Symmetrie, der sich bei diesen Effloreszenzen um so leichter konstatieren läfst, als sie weit spärlicher in gröfseren Abständen auftreten. Man wird beispielsweise vergebens versuchen, bei den einzelnen Flecken einer typhösen Roseola rechts und links eine genaue Symmetrie aufzudecken. Und doch ist eine allgemeine regionäre Symmetrie unverkennbar vorhanden.

Wenn bei den bisher genannten akuten Exanthemen doch noch eine Diskussion möglich ist über den mehr oder weniger angioneurotischen Charakter derselben, so erscheint eine solche geradezu ausgeschlossen gegenüber der Gruppe der Variola, Vaccine und Varicellen. Soweit ist wohl noch niemand gegangen, die eigentümlichen Epitheldegenerationen und den ganz specifischen histologischen Gesamthabitus der Pockenpustel aus rein cirkulatorischen Störungen ableiten zu wollen. Auch Auspitz koncediert hier eine, für das betreffende Gift specifische Exanthemform, die mit dem Cirkulieren derselben innerhalb der angioneurotisch gestörten

Haut zusammenhänge. Aber nichtsdestoweniger rubriciert er die Variola (Vaccine, Varicellen) sogar nebst dem Rotz- und Milzbrandkarbunkel (!) unter die Familie der infektiösen Angioneurosen der Haut.

Diese Unterschiebung so heterogener Dinge geschah offenbar nur im Interresse des Systems und war nicht weniger einseitig, als die Klassificierung so mancher Dermatosen als Dermatoneurosen früherer Autoren, wogegen AUSPITZ ja stets mit allen Kräften opponierte. AUSPITZ wagte nicht, die akuten Exantheme, diese altehrwürdige klinische Gruppe auseinanderzureifsen. Die allgemeine Störung des Gefäfssystems bei vielen derselben imponierte ihm offenbar am meisten und er hat das Verdienst, die Beziehungen zwischen den akuten Exanthemen und gewissen toxischen Angioneurosen stärker als bis dahin hervorgehoben zu haben. Aber wenn er nun deshalb die akuten Exantheme en bloc ohne Unterschied der ersten Familie seiner Angioneurosen einverleibte, so that er offenbar bei den meisten von ihnen der klinischen und anatomischen Auffassung Gewalt an. Lieber hätte er unter den akuten Exanthemen eine Auswahl treffen sollen und es hätten sich wohl einige finden lassen, auf welche das Prädikat, infektiöse Angioneurosen, ohne Einschränkung pafste.

Ich erinnere hier an die Bilder, welche ich in den früheren Kapiteln einerseits von der sogenannten Roseola der Cholera und andrerseits von einem rötelartigen, aber von den gewöhnlichen Röteln (im Sinne von THOMAS) grundverschiedenen epidemischen Kinderkrankheit entworfen habe. Erstere erscheint mir als eine perverse Reaktion der Kapillaren beim Überwinden des Stadium algidum und hervorgerufen durch die vorhergegangene allgemeine Gefäfsstörung, letztere ist nach meiner Beobachtung eine auf gewisse Gefäfsprovinzen beschränkte, centrale Paralyse von angiogener Symmetrie, für welche die Kälte einen specifischen Reiz abgibt.

Sodann haben wir ja in dem Prodromalexanthem der Pocken und in den prodromalen Erythemen überhaupt ganz beweisende Fälle, welche in der That nur als centrale Lähmungen bestimmter Gefäfsprovinzen aufgefafst werden können. Und so lehren uns die Pocken am allerbesten, wie grundverschieden die Exantheme auf neurotischer Basis und die wirklichen infektiösen Lokalerkrankungen der Haut ausfallen, selbst wenn sie durch denselben giftigen Keim hervorgerufen sind. Aber allerdings mufs man dann im System die Pocken mehrmals rubricieren, die Prodromalexantheme unter die Angioneurosen, die Pockenpustel unter die infektiösen Entzündungen der Haut (AUSPITZ Kl. I B. 2: Heerdphlegmonen der Haut), ja die Purpura variolosa eventuell unter die hämorrhagischen Dermatosen (AUSPITZ Kl. V) verweisen. Ich halte das für ein geringeres Unglück als die Unterordnung der Variola, des Malleus und der Pustula maligna unter die Angioneurosen. Auch die letztgenannten

Affektionen haben sich hierher nur zufällig verirrt und stehen im Auspitz-System besser neben Anthrax und Biskrabeule unter den Herdphlegmonen der Haut.

Endlich müssen wir noch die Miliaria crystallina aus der Familie der toxischen Angioneurosen herausnehmen; Auspitz hat ihren Platz daselbst auch nicht weiter motiviert. Es fehlt bis jetzt jede klinische oder histologische Grundlage für die Annahme einer angioneurotischen Störung bei dem Aufschiefsen dieser reinen Exfoliationsbläschen im Verlaufe septischer Fieber.

So bleiben uns allerdings nur wenige Dermatosen übrig, welche wir mit gröfserer Sicherheit als infektiöse Angioneurosen der Haut hinstellen können, aber immer noch genug um diese Gruppe von Auspitz beizubehalten.

Ich rechne hierhin: zunächst die Roseola de Cholera,[1] sodann die prodromalen Erytheme der Pocken (Roseola variolosa, Erythem der Schenkelbeuge und Achselhöhle) und die sehr bald nach der Impfung mit Vaccine auftretenden, rasch vorübergehenden Erytheme (Roseola, Urticaria). Vielleicht gehören auch die Roseolae im Verlauf der Meningitis tuberculosa hierher, obgleich ein embolischer Ursprung derselben sich auch nicht ganz von der Hand weisen läfst.

Die Erytheme dagegen, welche im Verlaufe des Typhus exanthematicus, Typhus abdominalis, bei Diphtherie, Dysenterie und Pneumonie, bei Recurrens, akutem Gelenkrheumatismus und bei der Grippe beobachtet sind, halte ich sicher entweder für embolischen Ursprungs (vor allem die erstgenannten) oder für reflektorisch erzeugt; letzteres besonders dann, wenn statt einfacher Erytheme papulöse Erytheme oder urticarielle Ausschläge auftreten. Als typisches Beispiel für eine solche Entstehungsweise können, wie wir noch sehen werden, die Exantheme des Wechselfiebers gelten.

Weiter ist man vielleicht berechtigt, die ephemeren, roseolaartigen, bisher nur ungenügend studierten Exantheme der Kinder hierherzustellen, die man unter dem Namen Roseola infantilis zusammenzufassen pflegt und die teils allein und selbständig, teils als Vorläufer anderer Erkrankungen auftreten.

Endlich zähle ich zu dieser Gruppe mit gröfserer Sicherheit jene von mir oben kurz skizzierte, epidemische rötelähnliche Kinderkrankheit.

---

[1] Derselben entspricht unter den toxischen Angioneurosen ein ähnliches Exanthem, welches im letzten Stadium der Granularatrophie der Niere (Hüets Erythema papulatum urämicum) beobachtet wurde und wohl ebenfalls auf Schädigungen der gesamten peripheren Cirkulation zurückzuführen sein möchte.

Polotebnoff zählt zu den „infektiösen Erythemen“ noch eine ganze Reihe in der Litteratur niedergelegter Krankheitsformen, welche in Bezug auf das Exanthem wahrscheinlich bei näherer Bekanntschaft mit demselben garnicht einer einheitlichen Auffassung unterliegen möchten. Als die wichtigsten nenne ich die Beobachtungen von Wunderlich, Gerhardt und Heubner über typhusähnliche Erkrankungen, bei denen das makulöse oder bullöse Exanthem unter den Symptomen stark in den Vordergrund trat, die sog. remittierenden Fieber mit Phlyktaenideneruption. Sodann die von Baelz beschriebene, in Japan infolge von Flufsüberschwemmungen endemisch auftretende, fieberhafte, mit Nekrosen der Haut beginnende und durch erythematöse Exantheme regelmäfsig ausgezeichnete Krankheit. Erst eine speciell auf diesen Punkt gerichtete Untersuchung vermag in Zukunft festzustellen, ob es sich bei diesen merkwürdigen Exanthemformen um Embolisationen oder wirklich um Angioneurosen der Haut handelt. Denn bei allen Dermatosen, die dieser Abteilung der infektiösen Angioneurosen zuerteilt werden sollen, müssen nicht nur die Hautsymptome direkt durch das cirkulierende Gift hervorgebracht sein, indem dasselbe central oder peripher die Gefäfsnerven schädigt, sondern es mufs sich auch um wahre Angioneurosen in dem engeren und strengeren Sinne meiner Definition handeln, einfache Erytheme oder Roseolen gehören nur hierher, wenn sich eine abnorme Irritabilität der geschädigten Gefäfse dadurch nachweisen läfst, dafs unter Umständen die bekannten Abwandlungen des erythematösen Grundtypus an die Stelle des einfachen Erythems treten (Erythema papulatum, Urticaria etc.). Wie man sieht, hat die solcherweise und hoffentlich mit Recht eingeschränkte Abteilung nicht viel Aussicht auf einen bedeutenden Zuwachs, eher auf präcisere Begrenzung.

(Schlufs folgt.)

Korrespondenz.

London, im Oktober 1890.

Sehr geehrter Herr Redakteur!

Indem ich Ihrer schmeichelhaften Aufforderung, Ihnen zuweilen Berichte über die Erfahrungen, welche ich während meiner nunmehr begonnenen, dermatologischen Odysseade sammle, zukommen zu lassen, hiemit Folge leiste, fühle ich mich gedrungen einige entschuldigende Worte vorauszusenden. Es wird uns nicht besonders Wunder nehmen, wenn unerfahrene jüngere Reisende „in Medizin“, deren Kritik noch

nicht durch lange Beschäftigung mit demselben Gegenstande geschärft, deren Blick noch nicht genügend geübt, deren Urteil nicht rasch und nicht sicher genug ist, in der Fülle des Gesehenen und Gehörten sich nicht genügend rasch zurechtfinden können. Sie müssen daher, falls sie ihr „originelles" Urteil nicht nur in bescheidenem Mafse leuchten lassen, häufig den recht komischen Eindruck kleiner Gernegrofse machen. Die Meister unserer Disziplin, welche selbst in dieser Form eine Fülle des Anregenden bieten könnten, lassen sich nur selten zu ähnlichen Produktionen herbei und auf die übrigen Reiseberichte läfst sich wohl zumeist der Satz „un corps de son, un habit de velour" mit Recht anwenden.

Ich halte es daher für vollkommen gerecht, wenn das Schicksal, welches in der Gestalt sachverständiger Redakteure waltet, solche Reiseberichte je nach der Form der Zeitschrift unter die Linie oder an das Ende der Nummer verweist und damit andeutet, dafs diese Produkte mit dem eigentlich wissenschaftlichen Teile nur lose zusammenhängen.

Wenn ich nun trotz des eben Auseinandergesetzten einen Reisebrief aus London vom Stapel lasse, so verstecke ich mich dabei einerseits hinter die Aufforderung der löbl. Redaktion, welche ja besser als ich wissen mufs, was für ihre Leser resp. die Zeitschrift zuträglich ist; andererseits aber bin ich überzeugt, dafs, wenn ich auch nur einen Teil des hier Erfahrenen Ihren Lesern mitteile und mich dabei ganz objektiv referierend verhalte, dies denselben genügendes Interesse abgewinnen wird.

Irgendjemand hat behauptet, dafs seltene Fälle überall vorkämen, seltene Fälle jedoch in Wien häufig seien. Dasselbe kann mit Recht von London gesagt, ja sogar in der Weise ergänzt werden, dafs hier auch solche Fälle nicht allzuselten zur Beobachtung gelangen, für welche auch in den andern grofsen dermatologischen Centren schwer ein passender „Reim" gefunden wird, für welche weder in dem Wiener, noch in dem deutschen, dem französischen, noch aber auch in dem englischen Verzeichnisse von Dermatosen ein passender Name enthalten ist.

Es war jedenfalls eine der gelungensten Scenen in den ziemlich mifslungenen Verhandlungen der dermatologischen Sektion des internationalen Kongresses zu Berlin, als JONATHAN HUTCHINSON eine Menge von Illustrationen von Hautkrankheiten herumreichen liefs, welche er beobachtet hatte und bei welchen er unfähig war eine Diagnose zu stellen und über welche er von den versammelten Dermatologen aufgeklärt zu werden wünschte. Ich glaube bemerkt zu haben, dafs HUTCHINSON trotz des regen Interesses, welches die internationale Versammlung von Dermatologen seinen Fällen entgegenbrachte, als er sich aus der Sitzung entfernte, kein positiveres Urteil über seine Fälle hatte, als vorher.

In den folgenden Zeilen will ich kurz über seltener zur Beobachtung gelangende Formen von Dermatosen, welche ich hier zu beobachten

Gelegenheit hatte und von welchen der eine oder der andere Fall in das Cadre der oben erwähnten Fälle HUTCHINSONS gehört, referieren und auch ein Weniges von den hiesigen Behandlungsmethoden sprechen. Endlich sollen auch dem Museum in GUYS Hospital einige Zeilen gewidmet werden.

Vorher jedoch noch einige Worte über die Hospitäler selbst. Dieselben besitzen im allgemeinen keine Abteilung für Hautkranke. Nur wenige Betten stehen den ordinierenden Dermatologen für ihre Patienten zur Verfügung und diese befinden sich zumeist auf fremden Abteilungen. Die meisten Hautkranken werden daher als „out-patients" ambulatorisch behandelt und ein- bis zweimal wöchentlich gesehen. Die Medikamente werden unentgeltlich verabreicht.

Das riesige dermatologische Krankenmaterial Londons und seiner Umgebung verteilt sich auf verschiedene Hospitäler, von welchen ich St. MARYS Hospital (MALCOLM MORRIS), Charing Cross H. (SANGSTER), Middlesex H. (PRINGLE), GUYS H. (PERRY), Westminster H. (FOX), London H. (STEPHEN MACKENZIE) und das Universitycollege (H. RADCLIFFE CROCKER) besuchte. Der Empfang der Kranken geschieht in den verschiedenen Hospitälern zumeist an verschiedenen Tagen oder zu verschiedener Zeit, so dafs man Gelegenheit hat demselben mit ziemlicher Regelmäfsigkeit beizuwohnen.

Die Leiter der einzelnen Abteilungen der Hospitäler sind — dem englischen Unterrichtsplane gemäfs — zugleich mit dem Unterrichte in ihren Fächern beschäftigt. Es sammelt sich um jeden ein kleinerer oder gröfserer Kreis von Studierenden der Medizin. Zwischen diesen und dem Vortragenden entwickelt sich bald ein recht kollegiales Verhältnis; wenig oder gar keine Zeit wird auf überflüssige Formalitäten und Äufserlichkeiten verschwendet. Und in dieses Verhältnis wird der zum Besuche hier weilende Fremde beinahe vom ersten Augenblick an miteinbezogen. Die Herzlichkeit des Empfanges vonseiten der englischen Kollegen wird durch eine wohlthuende Kürze nur gesteigert; statt langdauernde Kratzfüfse zu machen und mit Komplimenten freigebig herumzuwerfen, geht man vom ersten Händedrucke zum folgenden — Patienten über. Und noch eins ist zu erwähnen, nämlich das Verhältnis der englischen Dermatologen untereinander. Kommt man aus dem Lande, wo über die Lagerung einiger Bacillen und die Bedeutung einiger Klumpen ein Kampf ähnlich dem der Guelfen und Ghibellinen entbrennt, und wo statt der Argumente, was man sich ja noch gefallen liefse, selbst Invektiven an den Kopf des Gegners geworfen werden, so nimmt man hier erst mit Staunen und bald mit Befriedigung wahr, dafs auch unter Dermatologen — trotz in manchen Punkten gegenteiliger Ansicht — ein auf gegenseitige Achtung gestütztes, selbst freundschaftliches Verhältnis möglich sei.

Die einzelnen Fälle können sehr genau besichtigt werden, denn einerseits verteilt sich das grofse Material auf viele Hospitäler (es kommen daher auf einen Empfang der Patienten im Durchschnitt 40—60 Patienten); andererseits — und dies ist nicht zu verachten — verteilen sich auch die Beobachter auf verschiedene Stellen; es sind deren also nicht so viel beisammen, dafs sie einander stören würden.

Indem ich nun zu den hier erfahrenen Dermatologicis übergehe, bemerke ich zuvor, dafs ich die Fälle zumeist in der Folge vortragen werde, dafs die in demselben Departement gesehenen Fälle in eine Gruppe zusammengestellt werden.

In St. Marys Hospital, wo ich Gelegenheit hatte, den oft mit ausgezeichnetem Humor gewürzten Vortrag von Malcolm Morris zu hören, sah ich einen Fall von Favus, wie er wohl selten zur Beobachtung gelangt. Es handelt sich um eine 38jährige Tuberculotica, welche seit ihrem 14. Lebensjahre mit dieser Hautkrankheit behaftet ist. Der behaarte Kopf ist nur spärlich mit Haaren versehen, wohl aber mit narbigen Partieen bedeckt und wird an verschiedenen Stellen von thaler- bis handtellergrofsen konfluierenden Favusmassen eingenommen. Im Gesichte sieht man neben einzelnen typischen Skutulis etwas mehr konfluierende Massen, ebenso an der vorderen Brustwand. Die Schultern sind von ähnlichen Pilzmassen bedeckt, unter welchen links die Haut gerötet und mit Rhagaden versehen durchlugt. Der Rücken ist zu beiden Seiten der Wirbelsäule förmlich mit einem Panzer von konfluierten Favusmassen überzogen. Einzelne Nägel an den Händen zeigen gelbliche Einlagerungen, andere scheinen diffus grünlich, etwas brüchig.

In derselben Abteilung sah ich noch aufser einigen Fällen universeller desquamierender Dermatitis rubra, welche sich aus Psoriaris oder Ekzemen entwickelt hatte, einen Fall, welcher von Malcolm Morris als Seborrhoea corporis angesprochen wurde. Es handelte sich um einen Burschen von etwa 9 Jahren, bei welchem im Laufe einiger Wochen folgende Affektion sich entwickelt hatte. Über den ganzen Stamm und teilweise auch auf den Oberarmen und auf dem oberen Drittel der Oberschenkel waren bis pfenniggrofse Flecke von runder oder unregelmäfsiger Form verbreitet; manche zeigten eine Tendenz zur Bogenbildung. Sie waren blafsrot, zumeist mit feinen, manche jedoch mit etwas dickeren und gröberen Schuppen bedeckt. Einzelne, besonders in der Gegend des Kreuzbeines und der Weichen, zeigten eine dichtere Infiltration und eine stark gefurchte Oberfläche. Die letzteren erhoben sich deutlich über das Niveau der Nachbarschaft. Eine Initialläsion fand sich auf der rechten Brust. Dieselbe hatte im Laufe der Entwicklung der Erkrankung Thalergröfse erreicht und Ringform angenommen, d. h. sie war in der Mitte ausgeheilt, von einem blafsroten, stark schuppenden Ringe gebildet.

Vorderarme, Unterschenkel, Hände und Füfse, Gesicht frei. Am behaarten Kopfe starke Schuppenbildung in einzelnen Herden. Es besteht leichtes Jucken.

Neben der oben erwähnten Annahme eines seborrhoischen Ekzems käme in diesem Falle die Pityriasis rosée Gibert, der Herpes tonsurans corporis und die von Unna beschriebene Parakeratosis variegata noch in Betracht. Für und wider jede dieser Annahmen spricht manches in dem Krankheitsbilde. Die tieferen Infiltrate, welche sich stellenweise ausgebildet haben, sowie die stärkere und gröbere Abschuppung lassen die von Morris gestellte Annahme eines Ekzema seborrhoicum squamosum als am meisten berechtigt erscheinen.

Unter den Out-patients von Perry ist ein eigentümlicher Fall erwähnenswert, welcher auch in der Londoner dermatologischen Gesellschaft vorgestellt und mit der Etikette „Narbenbildende, mit Lupus erythematosus einhergehende Affektion" versehen wurde. Bei der 25jährig. Patientin bemerkt man typische Lupus-erythematosus-Läsionen beider Ohren, eine starke Hyperaemie der Wangen und der Nase, chilblain lupus der Finger und Hände, des Fufsrückens und der Zehen, welcher stellenweise schon zur Narbenbildung geführt hatte. Aufserdem sind an beiden Unterschenkeln erbsen-, nufs- bis etwa kindsfaustgrofse flache, ziemlich wohl umgrenzte, im Korium sitzende, bläulich rote Geschwülste vorhanden, welche sich ein wenig über das Niveau der gesunden Haut erheben und sich ziemlich derb anfühlen. Auf den ersten Blick haben sie den Anschein von Erythema-nodosum-Beulen. Diese Tumoren bestanden seit 12 Jahren, verursachten keine subjektiven Beschwerden; einer oder der andere verschwand spontan; einer war aufgebrochen, secernierte eine Zeit lang und verschwand mit Hinterlassung einer bräunlich pigmentierten Narbe.

Ähnliche Veränderungen an dem rechten Unterschenkel einer etwa 60 Jahre alten Frau, jedoch ohne die Erscheinungen von Lupus erythematosus, hatte ich Gelegenheit auch im Middlesex Hospital bei Dr. Pringle zu sehen. Auch hier bestand die Affektion seit Jahren. Die kleinsten Tumoren waren etwa haselnufsgrofs braunrot, nicht über das Niveau der Haut erhaben. Die gröfseren leicht bläulichrot. Es bestand leichte Schmerzhaftigkeit. Ein Tumor war auch hier eine spontane Involution eingegangen. Syphilis wurde in beiden Fällen ausgeschlossen. Vielleicht handelt es sich hier um irgend eine Form von Granuloma fungoides, oder um eine noch unbeschriebene Art von Granulom. Dr. Pringle sagte mir, dafs er im Laufe der verflossenen 2 Jahre 3 ähnliche Fälle beobachtet hätte, und dafs in der Londoner dermatologischen Gesellschaft ein halbes Dutzend derselben gezeigt würden. Der einzige ähnliche Fall, welcher

publiziert wurde, stand unter der Beobachtung von Stephen Mackenzie (*Transactions of the clinical society* Bd. XXII. Seite 15).

Das dermatologische Krankenmaterial des Middlesex Hospitals ist seit der Übernahme der Abteilung durch Dr. Pringle in fortwährendem Zunehmen. Ist es auch heute vielleicht nicht das reichste (es zählt über 2000 Patienten im Jahre), so ist es meiner Meinung nach eines der abwechslungsreichsten. Ich sah hier in einigen Tagen neben den ganz gemeinen Psoriasis-, Ekzem-, Scabies-, Pediculosis- und Trichophytiefällen 7 Fälle von Lichen planus, worunter einige einseitige, interessante Fälle von Lupus erythematosus, einige Fälle von Pityriasis rosea Gibert, Dermatitis herpetiformis, verschiedene Erythema- und Urticariaformen, einen Fall von circumscripter multipler, halbseitiger Sklerodermie, einen Fall der hier so seltenen Prurigo (einen anderen sah ich noch bei Colcott Fox — die Prurigo existiert also auch in England), einen Fall von Zoster supraorbitalis haemorrhagicus, einen Fall von halbseitigem Pigmentnaevus, welcher aus Ephelis-ähnlichen, über den Thorax zerstreuten Flecken bestand, einen Fall von Hydradenoma Darier (Kolloid-milium Philippson), einen Fall von Angiokeratoma (Fox-Mibelli), einen Fall einer noch unbeschriebenen, von Pringle Melanoderma atrophicum genannten Affektion und eine interessante Komplikation von Psoriasis.

Die letztere betraf ein etwa 20jähriges Mädchen, welches seit sechs Monaten wegen einer schweren Psoriasis in Behandlung stand. Vor etwa zwei Monaten schossen mit ziemlicher Geschwindigkeit auf der Palmarfläche der Hand und der proximalen Fingerglieder, auf der inneren Seite der Hand, sowie auf den entsprechenden Stellen der Füfse unzählige, dicht gedrängte, nagelspitze, erbsengrofse, blasse, derbe Erhebungen auf, von welchen die gröfseren warzenähnlich aussehen. Es besteht eine beträchtliche Hyperidrosis. Keine subjektiven Symptome. Scharfe Differenzen gegenüber der Psoriasis oder dem Lichen planus der Handflächen. Dr. Pringle glaubt, dafs die Affektion möglicherweise durch den Gebrauch von Arsenik hervorgerufen würde. Vielleicht spielt bei der Produktion dieser warzigen Bildungen die gleichzeitig vorhandene Hyperidrosis eine Rolle, ähnlich wie in den vor kurzer Zeit von H. v. Hebra und Kaposi in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fällen. Bei den letzteren war jedoch die warzenartige Veränderung viel stärker entwickelt.

Eine andere Affektion, welche Dr. Pringle provisorisch mit dem Namen Melanoderma atrophicum belegt, betraf eine 46jährige Frau. Die Eruption besteht seit vier Jahren und betrifft besonders die Streckseiten der Vorderarme und Hände, Kniee und Unterschenkel, sowie das Gesicht. Sie ist deutlich symmetrisch und besteht aus flachen Papeln, welche zumeist von der Gröfse einer halben Erbse und mit einer kleinen festhaftenden

Schuppe versehen sind. Sie sind von kurzem Bestande und hinterlassen einen dunkelpigmentierten, leicht atrophischen Fleck, welcher von gerunzelter Epidermis bedeckt wird. Diese letzteren sind gegenwärtig in grofser Menge vorhanden und charakterisieren die Affektion. Sie unterscheiden sich deutlich von Epheliden. Die mikroskopische Untersuchung liefs die Papeln von Lichen planus und flachen Warzen, mit welchen sie klinisch Ähnlichkeit besitzen, abgrenzen. Der Fall scheint Dr. PRINGLE in irgend welcher Beziehung zu Xeroderma pigmentosum zu stehen.

Mit dem Angiokeratoma war ein 25jähriges Mädchen behaftet, welches bis zu seinem 15. Lebensjahre allwinterlich an heftigen Frostbeulen litt. Es wurde von denselben noch bis zu seinem 21. Lebensjahre jedoch in viel geringerem Mafse befallen. Im Alter von 15 Jahren bemerkte Patientin nach einem Anfalle von Frostbeulen, dafs dunkle Punkte auf dem Rücken der Hände, der Finger und Zehen zurückblieben. Diese vermehrten und vergröfserten sich ganz unabhängig von äufseren Einflüssen und einige, besonders die an den Zehen, nahmen ein warziges Aussehen an. Der Fall wurde als vollkommen identisch erkannt mit einigen Moulages von Teleangiekteasieen der Hände und Füfse aus dem Hospital St. Louis, welche unter der Beobachtung VIDALS gestanden hatten, und mit dem Angiokeratoma von MIBELLI, mit welchen er auch in histologischer Beziehung vollkommen übereinstimmt. Einen ähnlichen Fall, welcher ein 21jähriges Mädchen betraf, beobachtete Dr. PRINGLE in seiner Privatpraxis.

Bei meinem letzten Besuche im Middlesex-Hospital zeigte mir Dr. PRINGLE einen Fall von Hydradenoma, (DARIER, Kolloid milium PHILIPPSON), den ersten, welcher in England beobachtet wurde. In diesem Falle waren ebenso wie in dem von PHILIPPSON publizierten, auch an den unteren Augenlidern Knötchen vorhanden.

Von den Fällen SANGSTERS will ich nur die folgenden hervorheben. Der eine betrifft einen älteren Mann, bei welchem neben kleineren atrophischen Stellen, sklerodermische Flecke verschiedener Gröfse auf dem Bauche und dem Oberschenkel gefunden wurden. Dieselben sind unregelmäfsig begrenzt. Die regio pubica inguinalis und die innere Seite des obersten Viertels des Oberschenkels sind braun pigmentiert, sonst normal. An der Hinterfläche beider Oberschenkel findet sich je eine flachhandgrofse, graubraune, sklerotische Stelle, welche von Marienglasähnlicher Hornschicht bedeckt ist (Sklerodermie mit Xerodermie).

Ein zweiter Fall betrifft eine 22jährige Frau, auf deren Rücken etwa hundert stecknadelkopf- bis linsengrofse, sehr flache, mit runzeliger Oberfläche versehene Erhebungen bemerkbar sind. Auf denselben stehen die

Follikelmündungen etwas weiter auseinander. Diese Gebilde sind weich, die Runzeln verschieblich. Es hat den Anschein, als ob sie früher voller gewesen wären; da und dort ist eines voller und derber. Die Farbe ist von der gesunden Haut nicht verschieden, die Form rund, oval oder auch mehrfach gebuchtet. Hier und da ist eine kleine Narbe sichtbar. Die Affektion soll erst seit 6 Jahren bestehen. Handelt es sich hier um sekundäre Veränderungen von Akne oder Pockennarben, von welchen sich übrigens an anderen Körperstellen keine Zeichen finden, oder um multiple und spät zur Entwickelung gelangte Fibromate?

Dr. Colcott Fox war während der ersten Zeit meines Londoner Aufenthaltes fern von hier, so daſs ich leider verhindert war, sein Krankenmaterial mehr als 2—3 mal zu sehen. Auffallend ist unter seinen Patienten die groſse Anzahl der chronischen Urticaria der Kinder (Lichen urticatus). Ich lernte davon verschiedene Formen kennen und überzeugte mich davon, daſs schon in jeder Quaddel das papulöse Element (deshalb auch Urticaria papulosa) enthalten ist und daſs dasselbe nach dem Verschwinden des Ödems deutlich zum Vorschein komme. Für das Tastgefühl ist jedoch die Papel auch in der Quaddel deutlich wahrnehmbar. Einige dieser Urticariafälle waren mit überreichlicher Bläschenbildung verbunden; bei anderen war von dem urticariellen Element nichts mehr zu sehen als die zerkratzten Papeln. Es ist bekannt, daſs nach den Erfahrungen von Fox, welche ich in allen anderen Hospitälern bestätigen hörte, diese Urticariafälle im Laufe einiger Jahre vollkommen heilen. Es besteht kein Zusammenhang zwischen ihnen und der Prurigo, die so selten in London beobachtet wird, daſs manche ihre Existenz leugnen.

Der folgende Fall ist infolge einer eigentümlichen Vergesellschaftung von Purpura, Erythema und Urticaria interessant. Bei einer älteren Frau bestand eine typische Purpura der Unterschenkel und Vorderarme seit vier Wochen, als auf den Beinen Erythemflecke und Papeln um die Hämorrhagieen auftraten, während auf den Armen Urticariaquaddeln aufschossen. Keine rheumatischen Schmerzen; kein Jucken; kein Fieber. Daſs die Symptome der Purpura, des Erythems und der Urticaria neben einander vorkommen können ist bekannt. Ich erwähne diesen Fall wegen des späten Nachfolgens erythematöser und urticarieller Erscheinungen nach den ersten Symptomen einer Purpura.

Ein Fall von Pityriasis rosea, welchen ich bei Dr. Fox sah, ist wegen seiner Intensität bemerkenswert. Im Laufe von zwei Wochen hatte sich der Prozeſs so rasch ausgebreitet, daſs die vordere und seitliche Brustwand diffus gerötet war; die übrigen Partieen boten das typische Bild der Pityriasis rosea. Die Extremitäten waren nur schwach befallen, die Vorderarme beinahe ganz frei, Unterschenkel, Hände und Füſse, Gesicht und behaarter Kopf unverändert.

Von den Fällen Dr. Crockers erwähne ich zwei Fälle von Akne varioliformis, von welchen bei dem einen Effloreseenzen auch am Hinterkopfe, bei dem anderen auch auf der vorderen Brustwand vorhanden waren. Bemerkenswert ist auch ein Fall von Lupus vulgaris, welcher sich erst im reifen Mannesalter entwickelt hatte und mehrere Stellen des Körpers betraf. Einen ähnlichen Fall sah ich auch bei Colcott Fox. Hier hatte sich der Lupus der Nase bei einer etwa 30jährigen Frau entwickelt.

Auffallend ist die überaus grofse Zahl der Trichophytiefälle. Alle Ambulatorien wimmeln von Trichophytiasis des behaarten Kopfes, und auch die Frequentanten der Hospitäler selbst kennen sie ganz gut, so dafs man oft auf die Frage des Arztes, was denn los sei, die Begleitperson der kleinen Patienten mit der Diagnose „ringworm“ herausplatzen hört. Seltener sieht man Trichophytie des Bartes und der unbehaarten Körperregionen. Fälle von Alopecia areata kommen ziemlich häufig zur Beobachtung und einige der englischen Dermatologen sind der Ansicht, dafs die kontagiöse Form derselben nichts Anderes sei als eine kahle Art der Trichophytie: „bold ringworm“. Ihren Erfahrungen gemäfs sieht man Fälle, wo die Trichophytie in Alopecie übergeht, oder wo mehrere Glieder derselben Familie an ringworm erkranken, während eines zugleich oder später von Alopecia areata befallen wird. Das Trichophyton tonsurans selbst läfst sich wohl nur bei sehr sorgsamer Untersuchung, aber doch in jedem Falle der kontagiösen Alopecia areata finden. „Ringworm in infants, alopecia in adults“ ist die Regel.

Was die Behandlung der Trichophytie betrifft, so gestehen die englischen Kollegen verzweifelnd ein, dafs alle Mittel gleich gut, oder besser: gleich schlecht sind. Sie verwenden die verschiedensten parasiticiden Mittel, Quecksilberverbindungen, Jod, Salicylsäure, Chrysarobin, Ichthyol etc. und haben zu keinem derselben vollkommenes Vertrauen. Am besten dünkt einigen von ihnen eine vorsichtige Behandlung kleiner Stellen mit Crotonöl oder besser mit Crotonliniment mit nachfolgender Epilation der nun leicht folgenden Haare aus den entzündeten Follikeln. Das benutzte Liniment besitzt folgende Formel:

Linimentum crotonis dilutum.

℞ *Croton oil* 4 cbcm
Soap liniment 60 cbcm
Mf. linimentum.

Ich lasse hier einige gebräuchlichere Receptformeln folgen.

Bei juckenden Hautkrankheiten im allgemeinen, bei subakuten Ekzemen insbesondere erweist sich die Applikation der folgenden Lösung sehr empfehlenswert:

℞ *Liquor. Plumbi subacet.* 15,0 (½ Unze)
Liquor. carbonis detergent. Wright 75,0 (2½ Unzen)
Mf. lotio.

Hiervon wird ein Theelöffel voll in ein Bierglas warmen Wassers geschüttet und die erkrankten Stellen damit betupft.

Oder man verschreibt:

℞ *Liquor. Plumbi subacet.* 240,0
Liquor. carbon. detergent. Wright 8,0
Mf. lotio

und betupft mit dieser Lösung die betreffenden Partieen.

Der Liquor carbon. deterg. Wright ist ein Geheimmittel, welches hier von den Ärzten viel ordiniert wird. Es ist in der Hauptsache eine dünne Lösung von Teer in Spiritus und zwar in schlechtem Spiritus. Die Wirkung ist nichtsdestoweniger eine ausgezeichnete.

Bei akuten Ekzemen, Dermatitiden, überhaupt auf gereizte Hautpartieen wendet man hier folgende Lösung mit viel Erfolg an:

Lotio Calaminae:

℞ *Levigated Calaminae (Zinc. carb.)* 2.6 *g*
Zinci oxydati 1.3 *g*
Glycerini 1.3 cbcm
Aquae 30.0 cbcm
Mf. lotio.

Mit dieser Lösung wird die erkrankte Partie entweder betupft und der pulverige Rückstand zurückgelassen oder es werden feuchte Kompressen damit angefertigt und auf die entzündete Haut gelegt.

Gegen Impetigo wendet Dr. Fox folgende Salbe an:

℞ *Hydrarg. ammoniati* 0.12
Ung. Zinci 30.0

Bei nicht veralteter Pityriasis rubra, bei generellen schuppenden Dermatitiden wendet Crocker Chinin in grofsen Dosen und mit Alkalien gemengt innerlich an. Bei Akne varioliformis sah ich in einem Falle von der internen Verabreichung von Ferrum sesquichloratum schönen Erfolg. Dieser Fall wurde von Crocker nur innerlich behandelt.

Bei Rosacea sah ich Quecksilberoleate anwenden; oder folgendes Rezept:

℞ *Sulf. praecip.* 14,4 *g*
Spiritus rectif.
Aquae dest. ā 60,0

oder

℞ *Pulv. Sulph. Hypochlor.* 4,0
Adip. benzoat. 30,0
Ess. amygd. amarar. gutt. IV.

In einzelnen Hospitälern wird der Leimpinsel fleifsig geschwungen und einige Pflastermulle mit Erfolg angewendet.

Ich gehe nun zu dem letzten Gegenstande meines Berichtes über, nämlich zu dem Museum von Guys Hospital, über welches ich noch — falls Ihre Geduld nicht zu Ende ist — einige Worte sprechen möchte. Dieses Museum enthält neben anatomischen, pathologisch-anatomischen, chirurgischen etc. Präparaten und Modellen 537 Moulages von Hautkrankheiten, welche zum Teile geradezu ausgezeichnet sind und von welchen einige selbst an die berühmten Modelle des Hospital St. Louis heranreichen; dieselben wurden von Joseph Towne angefertigt. Der gegenwärtige, etwas veraltete Katalog stammt aus dem Jahr 1876 und wurde von C. Hilton Fagge redigiert. Ein neuer Katalog wird soeben von Dr. Perry angefertigt, dem bei der Durchmusterung der Modelle hauptsächlich Dr. Pringle beisteht.

Vor allem sind die Moulages No. 326, 327, 328, 329 erwähnenswert. Dieselben sind ausgezeichnete Reproduktionen von 2 Fällen von Pityriasis rubra pilaris. No. 326 stellt den Oberschenkel eines 15jährigen Mädchens dar (Beobachtung von Dr. Fagge; *Guys Hospit. Reports*, Series III, Vol. XV, p. 343). Man sieht in ganz exquisiter Weise, dafs die Papeln nur aus Hornmaterial bestehen, welche sich an den Mündungen der Haarfollikel angesammelt hatten. Die Affektion bestand seit 3 Monaten; bei Nacht war beträchtliches Jucken vorhanden und die betreffenden Partieen wurden dann gerötet.

Die Modelle 327—329 stammen von einem 36jährigen Manne (Beobachtung von Habershon 1867. *Guys Hospital's Reports*, Series III, Vol. XV, pag. 341). 327 zeigt den linken Handrücken und die Streckseite des Vorderarms mit charakteristischen grauen Hornkegeln besetzt, die typische Lokalisation an den Rücken der Phalangen ist ebenfalls vorhanden. 328 zeigt die Beugeseite des rechten Vorderarmes, welcher neben den hornigen Erhebungen auch diffuse Desquamation aufweist und die Handflächen, mit der typischen Abschuppung. Die Nägel sind verdickt. 329 stellt den rechten Fufs und das rechte Bein dar. Von der Fufssohle löst sich die Hornschicht in grofsen Lamellen los, die Haut darunter gerötet, am Fufsrücken diffuse Röte mit leichter Abschuppung, in der Kniegegend eine Psoriasis-ähnliche Plaque, die übrigen Partieen mit den typischen Hornkegeln, die oft in der Mitte einen schwarzen Punkt, den Stumpf des abgebrochenen Haares, enthalten, versehen.

Der betreffende Patient war 4 Jahre früher von D. Bartow von derselben Affektion geheilt worden. Seit dieser Zeit hatte er manchmal etwas Schuppen. Die in den Modellen reproducierte Eruption begann 15 Monate früher.

Die im Kataloge beigefügte Krankengeschichte ist eine ausgezeichnete

Beschreibung der Pityriasis pilaris rubra. Die koncentrischen Lamellen der Hornkegel, ihre typische Lokalisation auf dem Fingerrücken, die gröfseren, bräunlichen, schuppenden Plaques, welche aus dem Zusammenfliefsen der Hornkrüstchen entstehen, das diffuse Abschuppen der Handflächen und Fufssohlen, leichte Desquamation an verschiedenen Stellen des Stammes, diffuse Rötung und trockene Abschuppung des Gesichtes finden Erwähnung. Der behaarte Kopf ist frei. Ziemlich heftiges Jucken war besonders des Nachts vorhanden. Der Kranke verliefs das Hospital ungeheilt.

Die Modelle 482 und 483, welche das sehr gewöhnliche Bild der Acne punctata darstellen, führe ich nur deshalb an, um im Anschlufs daran, vielleicht in überflüssiger Weise, gegen die Benennung Acne punctata im Gegensatze zu der richtigen „Comedones" zu plaidieren. Ziehen wir diese und ähnliche Fälle in Betracht, sowie die von Crocker, Perry mitgeteilten Fälle der Komedonen bei Kindern, die alle nicht oder nur ausnahmsweise vereitern, — ich erinnere mich eines Falles von Crocker mit nicht vereiternden Komedonen bei einem Greise, — erinnern wir uns des ferneren, dafs wir bei der histologischen Untersuchung der Aknepustel in der Mündung des vereiterten Follikels oft keinen Komedo finden, so können wir zwischen dem Komedo und dem eigentlichen entzündlichen Akneprozesse keinen anderen Zusammenhang annehmen als den, dafs der Komedo bei den zu der Akneeiterung noch besonders disponierten Individuen als unterstützendes Moment mitspielt. Der Komedo selbst ist nicht ein integrierendes Symptom des Akneprozesses, sondern eine besondere, mit der Akne zumeist vergesellschaftete Erkrankung.

312 und 313 stellen Fälle von Ichthyosis dar, von welcher zwei Schwestern befallen waren, deren Eltern und eine Schwester vollkommen gesund waren. Auch 315 stellt einen Fall von Ichthyosis eines Mädchens dar, deren Schwester ganz in derselben Weise befallen war.

323—325 stellen 2 Fälle von Ichthyosis hystrix dar. Die ersten beiden stammen von einem „porcupine-man," in dessen Familie die Affektion hereditär war. 325 zeigt die Beugefläche des rechten Armes eines anderen Patienten mit warzenähnlichen, bräunlich-grauen, eckigen Massen bedeckt, welche stellenweise sehr dicht gedrängt stehen, zumeist jedoch gesunde Haut zwischen sich durchblicken lassen. Ähnlich ist das Aussehen von 323—324. An keinem der 3 Moulages ist eine diffuse Ichthyosis zu sehen; auch keine lineäre Anordnung. Auch bei diesen Fällen der Ichthyosis hystrix steigen unwillkürlich Zweifel über den Zusammenhang dieser Affektion mit der eigentlichen Ichthyosis auf, wenn wir bedenken, dafs die letztere den ganzen Körper in diffuser Weise überzieht (mit Ausnahme der Beugen), nicht angeboren ist, sondern sich erst im Laufe des zweiten Lebensjahres entwickelt etc., während wir hier auf ein-

zelne Körperregionen beschränkte, angeborene Läsionen haben, welche die Haut nicht diffus befallen, sondern zwischen welchen die Haut gesund bleibt, und endlich das Modell 325 gerade die Beugefläche befallen zeigt.

Unter 472 wird mit dem Titel diffuse primary Cancer of the skin (?) ein eigentümlicher Fall angeführt. Die Affektion bestand seit 2 Jahren, hatte auf der rechten Seite der vorderen Brustwand begonnen und nahm allmählich den gröfsten Teil derselben ein. Die Haut dieser Region fühlt sich derb an, ist von braunroter Farbe, welche unter Fingerdruck schwindet, leicht glänzend und schuppend. Die Ränder der affizierten Hautpartie sind scharf und sehr deutlich. Der Kranke entfernte sich, bevor die Diagnose sicher festgestellt wurde. (Sklerodermie?)

473—477 stellen Fälle von circumscripter, spontaner Gangrän dar, von welchen jedoch der Katalog selbst behauptet, dafs mit Ausnahme von 473 die übrigen wahrscheinlich artificiell erzeugte Läsionen der Haut seien.

372—384 stellen Formen von Xanthomen dar. Es mufs jedoch bemerkt werden, dafs diese Diagnose häufig mit Unrecht gestellt wird. Fibrome, Adenome der Schweifs- und Talgdrüsen (wie die von Perry und Pringle), die von Darier, Jacquet, Philippson und mir beschriebenen Epitheliome müssen häufig damit verwechselt worden sein. Die rötlich oder bläulichbraune Farbe, wie ich sie an einigen Moulages im Hospital St. Louis und auch hier sah, läfst uns daher an der Richtigkeit der Diagnose für diese Fälle zweifeln.

Die Modelle 166 und 167: Erythema multiforme haemorrhagicum (Unterschenkel) (Purpura urticans) erwähne ich mit Rücksicht auf den in der Abteilung des Dr. Fox gesehenen Fall. Durch Vergleich beider Moulages wird es ersichtlich, dafs das erste Zeichen der Affektion auch hier eine punktförmige Haemorrhagie ist; um diese herum bildet sich dann eine Quaddel. Die Haemorrhagieen vergröfsern sich und konfluieren zu transversalen Bändern.

No. 145 stellt einen Herpes zoster dar, welcher sich von dem ersten Brustwirbel gegen die Axille verbreitet und auch an der vorderen Brustwand eine Gruppe aufweist. Die Bläschen der letzteren sind in der gewöhnlichen Weise zu Krusten eingetrocknet, während die am Rücken sich am fünften Tage nach ihrem Erscheinen in oberflächliche Geschwüre umgewandelt haben.

Die Modelle 402—417 stellen verschiedene Formen von diffuser und circumscripter Sklerodermie dar. Besonders schön sind die letzteren, von welchen pigmentierte und pigmentlose, mit lilac ring oder Pigmenthof umgebene, glatte oder mit Xerodermie verbundene Formen nachgeahmt sind.

419—421 entsprechen der als Morphoea bekannten Form der Sklerodermie. 419 und 420 stellen denselben Fall zu verschiedener Zeit dar. Es fanden sich bei einer 50jährigen Frau von dem oberen Orbitalrand

gegen den Scheitel verlaufende, gegen die Orbita miteinander verbundene sklerodermische, anfangs weifse, später pigmentierte Streifen. Dieselben waren als kleine sklerodermische Flecke aufgetreten und waren allmählich gewachsen. Das Haar über denselben ergraute zuerst und fiel dann aus. In der Temporalgegend und auf der Nase ist je ein kleiner Fleck von Sklerodermie zu sehen, von welchen der letztere später verschwand.

421 bezieht sich auf einen in der Lokalisation ganz ähnlichen Fall, welcher sich bei einem 8jährigen Kinde entwickelt hatte. Die Farbe war hier braunrot, mit einem Stich ins Grüne.

In der Gruppe der Modelle von Lichen stehen einige, welche diesen Namen nicht verdienen und wohl bei der nun erfolgenden Neuordnung anders etikettiert werden. No. 262 scheint ein Fall des von Balzer-Pringle beschriebenen Adenoma sebaceum zu sein. Dasselbe wurde als Xanthoma, dann als Acne rosacea und endlich als Lichen (?) angesprochen. Es finden sich hier auf der Nase, den Wangen nahe der Nase, an den Mundwinkeln und auf dem Kinn einer 24jährigen Frau zahlreiche kleine, glänzende Papeln von normaler oder rosiger Farbe; in letzterem Falle sieht man fein verästelte Gefäfse über ihnen herlaufen.

257 und 258 sind prachtvolle Exemplare von Lichen circumscriptus (Seborrhoea corporis oder Eczema seborrhoicum Unna). Die ganz eklatante Röte der befallenen Partieen weist deutlich auf einen entzündlichen Prozefs hin. Es finden sich einzeln stehende oder gruppierte Papeln, von denen einzelne den Follikeln anzugehören scheinen. Andere konfluieren zu geröteten, leicht schuppenden Bogenlinien und Figuren; einzelne kleinere Kreise oder Halbkreise haben einen mit feinen bräunlichen Börkchen besetzten Rand.

Ich will in der Beschreibung der Moulages nicht weiter fortfahren. Schon aus dem bisher Gesagten geht zur Genüge hervor, dafs das Museum von Guys Hospital eine interessante Sammlung von Modellen der Hautkrankheiten besitzt.

Ich kann diesen etwas lang gediehenen Bericht nicht schliefsen, ohne den englischen Kollegen für den mir bereiteten herzlichen Empfang, für die liebenswürdige Unterstützung, welche sie mir stets zuteil werden liefsen, und für die Bereitwilligkeit, mit welcher sie mich über ihre Krankheitsfälle informierten, auch an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.

Ich bin, geehrter Herr Redakteur, Ihr ganz ergebener

Dr. Ludwig Török.

Besprechungen.

Schemata zum Einzeichnen von Untersuchungsbefunden bei Hautkranken, von Buzzi. 42 Blatt. Berlin 1890, Boas & Hesse. M. 1.50. Auf dem Kopenhagener Kongresse 1884 legte ich der dermatologischen Sektion zum ersten Male Tabellen mit Umrifslinien des menschlichen Körpers zum Einzeichnen von dermatologischen Befunden vor (Lebon & Co's clinical figures, London). Dieselben enthielten eine Gesamtvorder- und Gesamthinteransicht und Seitenansichten des Kopfes mit punktierter Eintragung der Voigtschen Grenzlinien der Nervenbezirke der Haut, um eine eventuelle Kongruenz zwischen Hauteruptionen und Nervenbezirken rasch übersehen zu lassen.

Später erschienen die Pickschen Tabellen mit nur je einer Vorder- und Hinteransicht des gesamten Körpers, den Langerschen Spaltungsrichtungslinien und den Voigtschen Grenzlinien.

Trotzdem erscheint die Herausgabe neuer Schemata sehr berechtigt. Denn weder die Lebonschen noch Pickschen entsprachen den vielfachen Bedürfnissen, welche beim raschen Aufzeichnen von Krankheitsbefunden für jeden Untersucher hervortreten, da erstere eine Reihe der hauptsächlich von Dermatosen heimgesuchten Regionen, wie Achselhöhle, Damm, nicht in den Tabellen abgebildet waren und aufserdem von allen wichtigeren Regionen Schemata in gröfserem Formate (bei Lebon war nur der Kopf vertreten) fehlten.

Der Einbürgerung der Pickschen Tabellen waren aufserdem noch das sehr grofe unhandliche Format und die starke Schattierung der Schemata durch die Langerschen Linien hinderlich.

Buzzi hat nun diese Fehler seiner Vorgänger vermieden, indem er in sieben Tabellen von etwas über Quartformatgröfse 20 verschiedene Ansichten der Körperoberfläche in Grenzlinien darstellen läfst. Besonders die Seitenansichten des Stammes, die vier Ansichten des Kopfes, des Halses und Gesichtes, der Nägel und des Dammes füllen eine oft empfundene Lücke aus. Die Schemata geben absichtlich nur Konturen und einige wichtigere Falten, Knochenvorsprünge und dergl. als Anhaltspunkte zur Eintragung.

Wir können die Buzzischen Schemata als die bisher zweckentsprechensten nur warm empfehlen und wenn wir noch einige Wünsche zur Verbesserung derselben äufsern, geschieht es, weil diese sich bei einer neuen Auflage derselben leicht erfüllen lassen. In vier Punkten scheinen uns die Lebonschen Schemata nämlich bereits praktischer eingerichtet gewesen zu sein. Erstens sind diese Schemata zum Abreifsen (wie Freimarken) eingerichtet, sodann auf der Hinterseite gummiert. Dadurch lassen sie sich in sehr praktischer Weise in jedes Buch, jede Arbeit sofort einkleben. Sodann sind auf Buzzis Tafel I, wie auf Picks Tafeln, die beiden Füfse (in Vorder- und Hinteransicht) gegen einander gedreht. Wenn man, wie Buzzi, auf die Grenzlinien der Nervenbezirke verzichtet, so bleibt doch noch ein die Übersichtlichkeit der Eintragung sehr erleichtender Faktor, die Symmetrie, und diese sollte nicht gestört werden. Auf Tafel V, die die Beine in vergröfsertem Mafsstabe wiedergibt, ist diesem Umstande, wie auf dem Lebonschen Schema Rechnung getragen. Endlich wäre doch noch zu überlegen, ob die wichtigen Voigtschen Grenzlinien nicht wenigstens auf den Gesamtübersichten der Tafel I mitverzeichnet würden. Nicht nur dafs dieselben neuerdings durch die Philippsonsche Arbeit für alle Naevi eine erneute Bedeutung gewonnen haben, wenigstens als Prüfstein ihrer Topographie; sondern ein solches Schema ist auch ein leichter, beständiger Zwang, die Hauteruptionen auf ihre neuro-

gene Topographie hin genau anzusehen, und selbst, wenn man hauptsächlich negative Erfahrungen in dieser Richtung machen sollte, kann das für die Wissenschaft nur förderlich sein.

Über die Nützlichkeit solcher Aufzeichnungen überhaupt, die die schnelle Ausführbarkeit des Stenogramms mit der Übersichtlichkeit einer Abbildung vereinigen, braucht man wohl heute kein Wort mehr zu verlieren. UNNA.

Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen. Drei Vorlesungen von Dr. SEVED RIBBING. Aus dem Schwedischen übersetzt von Dr. med. OSCAR REYHER. 2. Aufl. VIII. u. 215 S. 8°. Leipzig 1890, PETER HOBBING. M. 2.

Wie schon der Titel besagt, hat Verf. in der vorliegenden Abhandlung den Versuch gemacht, verschiedene Fragen des Geschlechtslebens gleichzeitig als Arzt und als Sittenrichter zu beantworten. Man kann nicht behaupten, dafs ihm dieser Versuch geglückt sei. Er hätte sich selber sagen müssen, dafs bei der Verquickung der beiden Fragen: „Ist es sittlich?“ und „Ist es zuträglich?“, die so himmelweit auseinander liegen, nicht wohl viel Vernünftiges herauskommen konnte. Es lag da allzusehr die Gefahr nahe, der RIBBING auch nicht entgangen ist, dafs der eine Standpunkt auf Kosten des anderen zu kurz komme. Und noch ein Anderes hätte RIBBING bedenken sollen: Die Sittenlehre ist mehr oder minder subjektiv; da urteilt Jeder nach seinem Gefühl, das Gefühl aber ist das Erzeugnis von tausenderlei Zufälligkeiten, von Geburt, Erziehung, gesellschaftlicher Stellung u. s. w. Da ist also eine Einigung, ein gemeinschaftlicher Ausgangspunkt so leicht nicht zu erzielen. Anders die Medizin, die von gegebenen Thatsachen ausgeht, von Thatsachen, an denen nur sehr wenig zu deuteln ist. Durch seine Zwitterstellung hat sich R. seine Aufgabe, „einzelne Züge aus der Naturlehre der Monogamie darzustellen“, (S. 225) sehr erschwert.

Jener Zwiespalt tritt uns in der ersten Vorlesung (S. 1 bis 39) noch wenig entgegen. Diese behandelt die Geschlechtsorgane nebst Anatomie und Physiologie des Geschlechtslebens. Unter letzterem versteht Verf. die Zeit der Geschlechtsreife und Eheschliefsung nebst Statistik; das Zahlenverhältnis der Geschlechter zu einander, Unterschied zwischen tierischem und menschlichem Geschlechtsleben u. s. w. Dazwischen läuft eine Polemik gegen die moderne schwedische Litteratur, die für das Verständnis des Fernstehenden, der diese Litteratur nicht kennt, zum Teil verloren geht. Dagegen sind die rein sachlichen Ausführungen klar und belehrend und zeugen von eingehendem Studium des Autors. Bedenken werden nur einzelne, allgemein gehaltene Sätze erregen, z. B. die Behauptung: „Die ganze Stellung des Arztes bietet keine angenehmere, mehr zufriedenstellende Seite als die, dafs sein Wissen das Sexualleben . . . . beherrscht.“ (S. 4.) — Oder der Ausspruch: „Gäbe es kein menschliches Geschlechtsleben mehr, so würde das Leben zur trostlosen Wüste werden; Künste und Wissenschaften, Staatsleben und Kultur, ja sogar ein beträchtlicher Teil der Religion könnte dann nicht ferner existieren.“ (S. 8.)

In der zweiten Vorlesung unterhält uns der Verf. über die Ehe (S. 41 bis 129). Von hier an beherrscht der Sittenrichter vollkommen den Arzt. Schon gleich eingangs eifert er gegen die Auffassung, „zu deren Dolmetsch sich ausgezeichnete Geister gemacht hätten“ (S. 42). „Dafs der Mann polygamisch, das Weib dagegen monogamisch beanlagt wäre.“

Das was R. dagegen anführt, z. B. das Vorhandensein der Eifersucht auch bei der Frau (S. 46) ist weit entfernt, die Thatsache zu erklären, dafs in Wirklichkeit ein grofser Bruchteil der Ehemänner in Polygamie lebt. Die Notwendigkeit dieser Thatsache wird einfach bestritten, das Verhalten solcher Ehemänner für unsittlich erklärt.

Sehr beherzigenswert ist, was Verf. (S. 50 bis 56) über das eheliche Geschlechtsleben sagt. Sein Verlangen, dafs der Mann zu sehr vielen Zeiten (während Schwangerschaft und Laktation, post abortum u. s. w.) auf den Zustand seiner Frau Rücksicht zu nehmen habe, wird sicher von keinem Arzte beanstandet werden. Wenn er aber daraus den Schlufs zieht (S. 55): „Dafs dem Geschlechtsleben keineswegs ein (natur-) gesetzliches Recht des beständigen Anspruchs auf normale Funktion zukommen kann" — so spricht er eben wieder als Sittenrichter, der in der Ehe die einzige erlaubte Einrichtung zur Befriedigung des Geschlechtstriebes erblickt, und dem es vor allem um seine Prinzipien zu thun ist. Der Arzt zieht dabei immer den kürzeren. Das nämliche Schauspiel erleben wir dann einige Seiten später. Nachdem R. bei der Untersuchung, wie häufig die Ehegatten den Beischlaf ausüben dürfen und wer von ihnen am meisten Genufs davon hat, (!) kurze Zeit verweilt, wird auf S. 69 die Frage aufgeworfen: Soll der Mann bis zur Hochzeitsnacht keusch bleiben oder nicht? Antwort: Er soll keusch bleiben, das ist die petitio principii; das Gegenteil wird kurzweg als Unzucht bezeichnet; und nun erfolgt eine lange Citatenreihe aus zum Teil wenig bekannten Schriftstellern, um zu beweisen, dafs der Mann seinen Geschlechtstrieb unterdrücken kann! Als Mittel hierzu wird die Fernhaltung alles dessen empfohlen, was die Sinne aufreizt, wie schlüpfrige Lektüre und Theateraufführungen, unsittliche Bilder u. s. w. (S. 100), vor allem auch die Alkoholvergiftung. „Die Fälle, wo ein Jüngling mit kaltem Blute, mit klarem Kopf und bestimmtem Vorsatz sich der Prostitution in die Arme wirft, sind ganz selten im Vergleich mit denen, welche sich im Rausche ereignen"! (S. 101.) Ich glaube nicht, dafs diese Ansichten bei den deutschen Ärzten Beifall finden werden. Einmal gibt es eine grofse Zahl von Menschen, die ihre Libido eben nicht unterdrücken können, und zweitens handelt es sich in erster Linie garnicht um diese Frage, sondern darum, ob ein mäfsiger Geschlechtsgenufs aufserhalb der Ehe für die Gesundheit nachteilige Folgen haben kann. Diese Frage läfst R. so gut wie unerörtert.

Dafs ein Autor von so einseitigen Ansichten sich auch unbedingt gegen die fakultative Sterilität aussprechen würde, war zu erwarten. Die hygienische Seite dieser Frage scheint noch nicht spruchreif, da die Ärzte erst jetzt in eine Erörterung derselben eingetreten sind; die Ribbingschen Auslassungen bringen hierzu nichts wesentlich Neues. Seinem Protest aber gegen die Fruchtabtreibungen, die besonders in Amerika schamlos geübt werden, wird jeder aus vollem Herzen beipflichten. (S. 116.) Von den Krankheiten infolge des Geschlechtslebens handelt die dritte Vorlesung. (S. 130 bis 229.) Die „Unzucht", d. h. der aufsereheliche Geschlechtsgenufs als Heilmittel gegen die Onanie wird verworfen; ebenso gut könnte man einem Don Juan die Onanie empfehlen. Der Päderastie werden einige interessante Abschnitte gewidmet, bei der Syphilisfrage die einschlägigen Bestimmungen in Schweden besprochen; ausführlicher ergeht R. sich wieder über das Für und Wider der Prostitution. Nach einer recht eingehenden und sachgemäfsen Kritik der verschiedenen Ansichten erklärt er sich gegen öffentliche Bordelle, „von deren Einrichtung eine gewisse gesetzliche Anerkennung der Unzucht unzertrennlich sei." (S. 217.) Die Prostitution kann er „als ein Sicherheitsventil der Gesellschaft" nicht betrachten; denn sie „unterhält und entwickelt das Laster, vergiftet und verdirbt gleichzeitig tausendmal tausende Männer, beraubt und schändet weibliche Wesen, verführt Kinder, bedroht und befleckt die Ehe und bildet eine gesellschaftlicbe Gefahr par préference, welche weit schlimmer ist als Socialismus und Kommunismus an sich." (S. 219.) Dabei vergifst Verf. nur das eine, dafs diese so gefürchtete Prostitution so alt wie die menschliche Gesellschaft selber ist und dafs die Menschheit sich trotzdem seit jeher in fortschreitender Entwickelung befindet.

Ribbing betont am Schlufs seiner Abhandlung (S. 228), dafs für ihn die sexuelle Frage sowohl die Wurzel wie die Blüte, der Anfang und das Ende jeder Moral sei." Aus dieser Auffassung erklärt sich wohl sein ganzer Standpunkt. Es ist hier nicht der Ort, diesen Standpunkt oder die daraus gezogenen sittlichen Folgerungen zu kritisieren, obschon sich gar manches dagegen einwenden liefse. Es sei hier nur nochmals das Bedauern darüber ausgedrückt, dafs Verf. jener Auffassung bei rein ärztlichen und hygienischen Fragen allzuviel Spielraum gewährt hat. Sein mit soviel Wissen und edler Begeisterung geschriebenes Buch kann dadurch nur an Wert verlieren.

Der Übersetzer verdient volles Lob. Störend wirkt nur, dafs er immer sag' ich, brauch' ich, anstatt sage ich, brauche ich u. s. w. schreibt. Und vielleicht besitzt er die Liebenswürdigkeit, bei einer zweiten Auflage seine Thätigkeit schon mit dem Titel zu beginnen. Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen ist kein Deutsch. Die geschlechtliche Hygiene und ihre sittlichen Folgerungen klingt mindestens ebenso gut und ist gemeinverständlich. Die Ausstattung des Buches ist eine durchaus tadellose. *Türkheim-Hamburg.*

Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik, von C. Günther. Leipzig, 1890. G. Thieme. *M.* 8.—. Der vorliegende elementar gehaltene Leitfaden der Bakterienkunde wird sich zweifellos unter den Studierenden bald Freunde erwerben. Den gröfseren Werken von Flügge, Hüppe und Fraenkel gegenüber liegt sein Hauptvorzug in dem minutiösen Eingehen auf die Details der Bakterienbeobachtung und -züchtung. Es werden nicht nur die bekannten Vorschriften und Cautelen ausführlich mitgeteilt, sondern stets, soweit wie möglich, auch die Gründe des Verfahrens angegeben, wie uns scheint, eine grofse Annehmlichkeit für den Anfänger und nicht ohne Interesse für selbständige Forscher, da der in der Bakterientechnik bereits rühmlichst bekannte V. an manchen Orten seine eigenen Erfahrungen und Theorieen einflicht. So schreibt Günther u. a. dem absolut wasserfreien Alkohol keine entfärbenden und den alkoholischen Lösungen der Anilinfarben keine färbenden Eigenschaften zu. Sehr einverstanden müssen wir uns auch mit dem relativ grofsen Raume erklären, der den Saprophyten in diesem kurzen Lehrbuche gewidmet ist; denn die genauere Kenntnis derselben vor specielleren Studien in der Bakteriologie ist dringend jedem angehenden Bakteriologen ans Herz zu legen. Einen Wunsch für eventuelle spätere Auflagen möchten wir dem Verf. nicht vorenthalten, nämlich ein genaues Eingehen auf die Technik der Beobachtung der Oberhautpilze. Wir hatten gerade nach dieser Richtung — wegen der nahen Beziehungen des Verf. zu einer bekannten dermatologischen Klinik — gehofft, neue Fingerzeige in diesem Buche zu erhalten. Aber es besteht aus unersichtlichen Gründen hier gerade eine Lücke. Weder die Doppeltinction von v. Sehlen finden wir angegeben noch die fast universell brauchbare, ausgezeichnete Methode von C. Boeck. Es sind dem Werke 10 Tafeln mit 60 zum gröfsten Teile sehr gut gelungenen Photogrammen, von Klinkhardt in Glanzlichtdruck ausgeführt, beigegeben. *Unna.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Drei Typen von Psychosen infolge von Gehirnsyphilis, von C. M. Hay, (*Med. News.* Okt. 4. 1890). Das häufigste psychiatrische Bild der Gehirnsyphilis ist dasjenige der Dementia paralytica, doch äufsern sich die syphilitischen Veränderungen im Gehirn auch in anderen Formen der Geistesstörungen. Manche Autoren erklären es für unmöglich, die auf syphilitischer Basis beruhenden Geisteskrankheiten von den durch andere ätiologische Momente bedingten zu unterscheiden, sobald die Krankheit schon zur vollen Entwickelung gediehen ist. Wenn dem so ist, so ist es um so notwendiger das Gehirnleiden und dessen Zusammenhang mit Syphilis möglichst in den Anfangsstadien zu erkennen, denn je früher eine antiluetische Behandlung hierbei eintritt, um so besser ist die Prognose. Verf. theilt als beliebig herausgegriffene Beispiele für viele andere ihm bekannte Fälle folgende drei Beobachtungen mit: 1) Ein 40jähriger, verheirateter Mann wurde zwei Monate lang mit zunehmenden Symptomen der primären Demenz behandelt, bis man durch einen günstigen Zufall entdeckte, dafs der Patient Syphilis acquiriert hatte. Eine sofort eingeleitete Kur mit täglichen grofsen Dosen von Jodkalium 5,4 g bis zu 11,0 steigend, hatte alsbald eine zwar langsame aber sichere, fortschreitende Besserung zur Folge.

Der zweite Fall betraf einen Mann von 31 Jahren, der 4 Jahre vor seiner Aufnahme in die Irrenanstalt Syphilis acquiriert und 3 Jahre später einen hemiplegischen Insult erlitten hatte; seit dieser Zeit hatte er verschiedene Symptome von Geistesstörung, die im Ganzen als melancholische Demenz bezeichnet werden konnten, dargeboten. Erst nach einer zweimonatlichen energischen Behandlung mit Jodkali und Sublimat trat eine Besserung ein. Schliefslich war Pat. völlig wiederhergestellt und hat seitdem längere Zeit schon seine Obliegenheiten als Commis ohne Störung erfüllt Zeitweilig hatte er bis zu 12,0 Jodkali pro die erhalten.

Der dritte Fall, ein 39jähriger Mann, bot ähnliche Erscheinungen der Melancholie, Verlust des Gedächtnisses, Hemiplegie, Strabismus, Ptosis, Stirnschmerz etc. dar; die Behandlung im Hospital hatte wesentliche Besserung zur Folge, als aber Pat. von seinen Angehörigen wieder aus der Anstalt fortgenommen wurde, stellte sich allmählich eine so hochgradige Verschlimmerung ein, dafs die Wiederaufnahme der antisyphilitischen Behandlung erfolglos war. Bei der Autopsie fanden sich sehr ausgedehnte, charakteristisch-syphilitische Veränderungen im Gehirn vor. — Verf. schliefst hieraus: 1) Die nach Syphilis sich einstellenden primären Psychosen können oft durch eine energische antisyphilitische Behandlung völlig beseitigt werden. 2) Es ist unerläfslich, die Behandlung mindestens ein Jahr nach dem Aufhören der akuten Erscheinungen fortzusetzen. 3) Einige Fälle beiderseitiger Paralyse sind durch beiderseitige syphilitische Veränderungen der Capsula interna bedingt.

Philippi-Nieheim.

Zur Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen, von Alfred Vogeler (Halle). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 41.) In der chirurgischen Heilanstalt von Dr. Leser in Halle wurde vom Verf. bei Syphilis nur das Kalomelöl zu subkutanen Injektionen verwandt, um durch eine ununterbrochene Reihe gleichmäfsiger und von demselben in derselben Weise ausgeführter Injektionen ein

möglichst maſsgebendes Urteil über die Methode zu gewinnen. Infolge dessen gelangt er zu dem Schluſs, daſs die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen eine ganz vorzügliche Methode und der Schmierkurbehandlung sogar überlegen ist, denn sie ist sauber, billig, bequem für den Arzt und Kranken, bei allen Formen der Syphilis zuverlässig, sowohl in Bezug auf schnelle wie nachhaltige Wirkung. Die Menge des eingeführten Mittels kann genau bestimmt werden; die Schmerzen und Infiltrationen sind bei der Injektion in's Cavum ischio-rectale gering, Abscesse sind absolut zu vermeiden, sie ist ungefährlich, denn selbst bei eingetretener schwerer Intoxitation kann durch Entfernung des Giftes (Eröffnung des Hg.-Herdes durch Schnitt und Auslöffelung) sofort Einhalt geboten werden. Stomatitis ist bei genügender Mundpflege sehr zu beschränken. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems, von Dr. H. Banke (Sonneberg i./Thür.) (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890 No. 42). Bei syphilitischen Erkrankungen des Hirns und Rückenmarks hat Verf. in der Richterschen Wasserheilanstalt mit gutem Erfolge die Verbindung der Quecksilberschmierkur mit der Wasserkur angewandt. Es wird nämlich durch die Wasserkur das Eindringen des Hg. in die Haut erleichtert und beschleunigt, und die Rückbildungsprodukte der Syphilis werden verhältnismäſsig schneller aus dem Körper ausgeschieden. Die Technik der kombinierten Kur wird im Durchschnitt folgendermaſsen gehandhabt. Patient erhält jeden Tag eine Einreibung von 3—4 g Ung. Hydr. cin. und ein Halbbad von 24—18° R. von circa 2 Minuten Dauer, so zwar, daſs das Bad in den späteren Nachmittagsstunden, ungefähr um 6 Uhr, die Einreibung 3 Stunden später stattfindet. Jeden fünften Tag wird mit der Schmierkur ausgesetzt und nur ein Halbbad oder laues Vollbad verabreicht. Diesem letztern folgt eine kräftige Frottierung des ganzen Körpers. Nach der Schmierkur, die sich meist auf 4—6 Wochen erstreckt, ist die Badekur noch einige Wochen fortzusetzen, um die Ausscheidung zu begünstigen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über den Einfluſs der Salzbäder auf die Ausscheidung des Chroms durch den Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis, von Dr. Güntz (Dresden). (*Therap. Monatsh.* 1890. Heft 10). Während bei den Fällen, welche ohne gleichzeitige Salzbäder behandelt worden waren, das Chrom im Urin bisher nicht nachgewiesen worden war, lieſs sich während einer Chromwasserbehandlung der Syphilis, welche mit einer energischen Salzbadekur kombiniert worden war, unter drei Fällen zweimal Chrom im Urin nachweisen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *der Cutis.*

Pemphigus vegetans (Neumann), von H. Radcliffe Crocker. (*Med. chirurg. Transactions.* Bd. LXXII.) Bericht über einen einschlägigen Fall dieser Krankheit, welche bisher in der englischen Litteratur noch nicht als solche beschrieben worden ist. Von Hutchinson sind allerdings vier Fälle ohne bestimmte Diagnose beschrieben worden, bei denen möglicherweise es sich um Pemphigus vegetans handelte; indessen kann man, wie Verf. selbst hervorhebt, bei der meist rudimentären Entwickelung der Symptome und dem günstigen Ausgang der Erkrankungen die Annahme, daſs es sich

hier wirklich um die Neumannsche Krankheit handelte, nicht ohne weiteres gelten lassen. Im Übrigen hat Verf. in der Litteratur im Ganzen nur 14 Fälle von unzweifelhaftem Pemphigus vegetans gefunden. Dieselben sind von Neumann, Moritz Kohn, Auspitz, Riehl und Hutchinson beschrieben worden. Bei der Debatte über Crockers Vortrag in der Royal Med. u. Chirg. Society erwähnte Dr. Mapother, auch einen Fall dieses Leidens beobachtet zu haben. Die Berichte aus der deutschen Litteratur gibt C. in seinem Aufsatz in tabellarischer Form und auch in kurzen einzelnen Exzerpten wieder. Die Übereinstimmung des hier mitgeteilten Falles mit den übrigen ist dabei sehr in die Augen springend. Es handelte sich dabei um eine 43jährige Frau, welche sonst niemals bettlägerig gewesen war. Die ersten Symptome waren Stomatitis und grofse Schwäche; einige Wochen darauf entwickelten sich Blasen an verschiedenen Stellen des Körpers und hinterliefsen gröfsere oder kleinere Ulcerationen; in verhältnismäfsig kurzer Zeit breiteten sich dieselben beinahe über den ganzen Körper aus und verursachten einen unerträglichen Geruch. Der Tod trat etwa drei Monate nach Beginn der Krankheit ein. Die sorgfältig ausgeführte Autopsie ergab keinen Anhalt betreffs der Ätiologie der Krankheit. In therapeutischer Beziehung glaubt Verf. vom Opium sich etwas versprechen zu dürfen. Die Verwechselung dieses Leidens mit Syphilis ist namentlich sorgfältig zu vermeiden, da eine antisyphilitische Behandlung den tötlichen Ausgang ganz erheblich beschleunigen würde.

Philippi-Nieheim.

Malignes Ödem (Emphysema gangraenosum, Gangrène Gazeuse), von K. Hoegh (*Med. News.* September 27. 1890.) Ein 11jähriges Mädchen trat mit dem unbekleideten rechten Fufs auf einen schmutzigen Nagel in der Tenne. Vier Tage später war die Haut bis an die Malleolen gangränös geworden und weiter aufwärts bis ans Knie ödematös; keine Eiterbildung aber Entwickelung kleiner Gasbläschen. Es wurde die Amputation des Unterschenkels im unteren Drittel mit völligem Erfolg vorgenommen. Beim Einschneiden in den amputierten Teil hatte man das Gefühl, als ob man Lungengewebe vor sich hätte, und es entleerte sich eine grofse Menge grünlichen Serums. Zwei mit dem Serum geimpfte Kaninchen zeigten keine Reaktion, aber aus dem klinischen Bilde, namentlich auch den hochgradigen Allgemeinsymptomen konnte es nicht zweifelhaft sein, dafs es sich hier um einen Fall von bacillärem malignem Ödem handelte. Wäre das Kind früher in ärztliche Behandlung gekommen, so hätte vielleicht ein kleinerer Eingriff genügt, um das Gift zu entfernen.

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von Hospitalbrand an der Vulva nebst Bemerkungen über die Behandlung dieser Krankheit, von Dr. Otto von Herff (Halle). (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. Nr. 43.) Bei einer 43jährigen sonst gesunden, robusten Frau, welche an einer Intertrigo mäfsigen Grades an der Innenfläche beider Oberschenkel und den benachbarten Teilen litt, wodurch sie zu häufigem Kratzen veranlafst wurde, entzündete sich einer dieser Kratzwunden und führte innerhalb 3 Tagen zu gangränösen Geschwüren. Das Allgemeinbefinden war leidlich; die Kranke klagte nur über grofse Mattigkeit, Temperatur 39° C. bei mäfsiger Pulsfrequenz. Therapie: Der Geschwürsgrund wird stündlich mit in 10 %iger alkoholischer Salicylsäurelösung getauchten Wattebäuschchen tüchtig abgerieben, und in der Zwischenzeit werden 3 %ige Karbolumschläge gemacht. Da das Abreiben der Patientin nicht behagte, so wird eine in 2 %ige Salicylglycerinlösung getauchte Mullkompresse stündlich erneuert aufgelegt. Nach ca. 36 Stunden hatte sich das gangränöse (?) abgestofsen und der ominöse Geruch war geschwunden. Später wurde dann Jodoform angewandt, bis alle Geschwüre vernarbt waren.

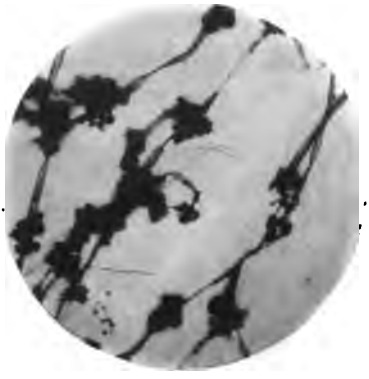
L. Hoffmann-Berlin.

Neisser-Breslau: 1. **Über Lichen ruber acuminatus**, 2. **Pityriasis rubra (Hebra)**, 3. **Favus**, 4. **Mycosis fungoides.** Vortrag gehalten in der Medizin. Sektion der schles. Gesellschaft für vaterländische Kultur. 1. betrifft einen 40jähr. Mann, der an den Oberschenkeln und Unterarmen ganz isoliert stehende, feste, spitze Knötchen zeigt. Daneben finden sich mehr flächenhaft erkrankte Bezirke, die mit feinen mehlartigen Schüppchen oder, wie an den Handrücken, mit gröfseren Lamellen bedeckt sind. Beschwerden verursacht die Spannung der Haut namentlich im Gesicht und das intensive Jucken. Das Allgemeinbefinden ist wenig gestört. N. bespricht die Beziehungen der Lichen ruber acum. zum L. ruber planus, die er für verwandte, aber immerhin streng von einander zu trennende Affektionen ansieht, erwähnt auch das Verhältnis der von Devergie beschriebenen Pityriasis rubra pilaris zum Hebra-Kaposischen L. rub. ac., die er geneigt wäre für identische Prozesse anzusehen, wenn nicht die ursprünglich von Hebra betonte Malignität der von Devergie hervorgehobenen Benignität widerspräche. — 2. die vorgestellte Frau zeigt die charakteristischen Symptome der Hebraschen Pityriasis rubra, Rötung, grofsblätterige, zarte Abschuppung, Jucken und Brennen, Spannung der Haut besonders im Gesicht mit Ektropiumbildung, nirgends Nässen. N. bespricht bei dieser Gelegenheit zwei andere Fälle, die er in Behandlung hatte, von denen der eine schliefslich an Lungentuberkulose, der am häufigsten beobachteten Todesursache, zu Grunde ging. Die Sektion ergab in den oberflächlich gelegenen Drüsen Tuberkelherde und eine eigentümliche, periphere Pigmentirung der grofsen Drüsenzellen, welche wahrscheinlich, wie auch das in der Haut nachgewiesene Pigment von Tätowirungen herrühren. 3. N. zeigt gelegentlich der Vorstellung eines Favuspatienten ein Verfahren, um die unter Borken versteckten Favusherde leicht zu erkennen. Die Favusmassen werden nämlich durch Betupfen mit Alkohol intensiv gelb gefärbt und sind von den ähnlich gefärbten, trockenen, borkigen Auflagerungen gut zu unterscheiden. 4. die von Neisser vorgestellte Patientin mit Mycosis fungoides macht eine Phosphorkur durch, jedoch ohne sichtbaren Erfolg. *Berliner-Hamburg.*

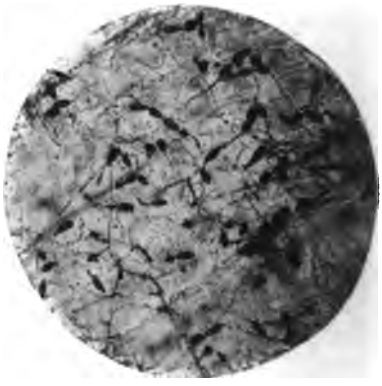
Zur Behandlung des Gesichtsrotlaufs, von Dr. J. Lehrnbecher. (*Münchn. med. Wochenschr.* 1890. No. 37). Der Autor legt nach dem Vorgange Gietls auf die Behandlung des Nasenraums bei dem von der Nase ausgehenden Erysipel Wert. Er benutzt Irrigationen mit 3 % Borsäurelösung. Später Borvaseline-Tampons. Auf die erysipelatös entzündeten Stellen legt er einfach Watte oder Ölkompressen. Allgemein gibt er kühlende säuerliche Getränke oder Chinin. Dies Verfahren führt angeblich meist zur Heilung und Todesfälle sind niemals zu verzeichnen gewesen.
Leistikow-Hamburg.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Henri Picard: Ist die **Abortivbehandlung der Gonorrhoe** mit starken Höllensteinlösungen erfolgreich und ungefährlich? (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 385.) P. beantwortet beide Fragen in bejahendem Sinne. Natürlich mufs die Gonorrhoe noch ganz frisch sein, es darf sich noch kein eiteriger Ausflufs gebildet haben. Die Lösung soll 1 : 25 bis 30 stark sein. Davon führen eine bis höchstens zwei Einspritzungen zum Ziel. *Türkheim-Hamburg.*



XIIIa (75).



XIVa (75)

XIIIb (75).

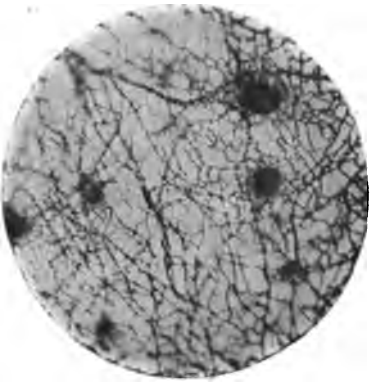
XIVb (130).

XIIIc (150).

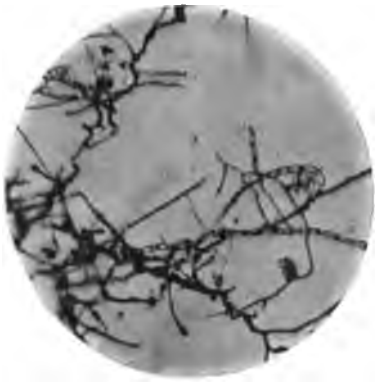
XIVc (75).

Photogramme des Unna'schen Laboratoriums.

XV a (90).



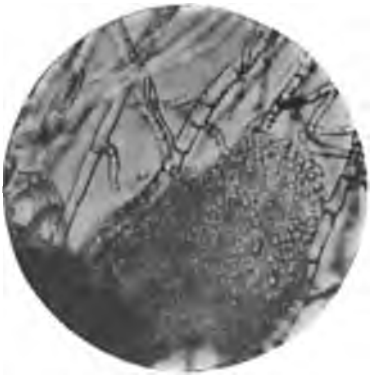
XV d (75).



XV b.

XV e (150).

XV c (550).



XV f (360).

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XI. No. 12. 15. Dezember 1890.

Zur Therapie der Furunkulose.

Von

Dr. Scharff
in Stettin.

Angeregt durch den in No. 8 dieser Zeitschrift abgedruckten Vortrag des Herrn Hofrat Dr. Veiel und im Anschlusse an denselben möchte ich mir erlauben, einigen abweichenden Erfahrungen meinerseits das Wort zu geben. Dieselben sind im einzelnen folgende:

Das Unnasche Quecksilber-Karbolpflastermull findet einmal überall dort seine Anwendung, wo es gilt, einer Furunkelbildung, welche sich vorläufig allein durch Rötung und Schwellung anzeigt, entgegenzuarbeiten, beziehungsweise dieselbe zu kupieren. Nach dem Vorgange von Unna habe ich stets der Applikation des Pflasters eine Ätzung der zu bedeckenden Stelle mit Salmiakgeist zwecks gründlicher Reinigung und erweichender Vorbereitung vorausgeschickt. Zur rechten Zeit angewandt, verliert sich zuerst der Schmerz, dann die Schwellung, und nur noch die Röte, die am langsamsten schwindet, zeigt, dafs sich an Ort und Stelle ein entzündlicher Prozefs abgespielt hat.

Auch da, wo es bei zögerndem Durchbruch schon nekrotisierender Furunkel gilt, die hemmende Hautdecke zu durchbrechen, thut das Pflaster seine Schuldigkeit, indem es schnell und schmerzlos und im Verhältnis zu der Gröfse der klassischen Kreuzincisionen dem Eiter durch eine minimale Öffnung Ausfluſs verschafft. Folgender Fall liefert die Illustration dazu.

Bei einer Frau bestand seit 2 Monaten eine harte Schwellung von der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Oberschenkels ab bis zum Kniegelenke.

Nachdem die verschiedensten „Zugpflaster“ vergeblich angewandt worden waren, auch ein Pfuscher seine Kunst versucht, trieben sie die immer wachsenden Schmerzen zu mir. Auf meine Fragen erinnerte sich die Patientin, dafs das ganze Leiden mit einem kleinen Pickel begonnen hätte, der aber bald wieder zugeheilt wäre. Der Status praesens zeigte mir damals an der oberen Grenze der oben beschriebenen Schwellung

eine circumscripte Röte. Da ich annehmen mufste, dafs sich hier der Eiter einen Weg durch die Drüse hindurch in das intermuskuläre Bindegewebe gebahnt und nach dem Knie zu sich fortgearbeitet hatte, so verdünnte ich durch eine dreitägige Applikation eines fünfmarkstückgrofsen Stückes Hg-Karbolpflastermulls die Haut an der geröteten Stelle. Nun konnte ich mittelst eines Nadelritzes dieselbe öffnen und, ohne dafs die Patientin etwas merkte, zu meinem Erstaunen eine Kornzange geschlossen bis an das Charnier einführen. Ausspülungen mit 20 % Karbolwasser und Jodoformverband brachten in weiteren 8 Tagen die Abscefshöhle zum Verschlusse.

Wo die Lokalisation der Furunkulose es nicht erlaubt, dieses Pflaster zu applizieren, lasse ich Quecksilberseife einreiben, lege Karbolwasserkompressen und Gummipapier darüber und befestige das Ganze mit Hilfe von Zinkleim durch einige Bindetouren. Tritt — in der Regel nach 3 Tagen — eine Merkurialdermatitis[1] ein, so wird einen Tag lang die Seife durch eine wässerige Ichthyollösung oder eine Ichthyolsalbe ersetzt, dann aber das erste Verfahren wieder aufgenommen und dieser Cyklus bis zum Erfolge fortgeführt.

Auf diese Weise ist es mir gelungen, einen Karbunkel der linken Achselhöhle, ohne dafs Durchbruch des Eiters erfolgte, zu kupieren. Das ganze Verfahren dauerte 10 Tage. Sowohl über die bald eintretende Wirkung, wie über die Schmerzlosigkeit des ganzen Verfahrens war der Patient äufserst erfreut, zumal er die Vorzüge desselben zu schätzen vermochte, nachdem ihm ein Kollege wegen des gleichen Leidens in der rechten Achselhöhle ausgedehnte Incisionen gemacht hatte.

Wo es bei schon vereiterten Furunkeln gilt, eine schnelle Ausstofsung der nekrotischen Massen zu erreichen, kann man die Pflastermethode ersetzen durch die Bidderschen Karbolinjektionen oder beide Methoden kombinieren. Um die Schmerzhaftigkeit der letzteren zu paralysieren, setzt man dem 2 %igen Karbolwasser[2] einige Tropfen einer 10 %igen Cocainlösung zu oder schickt letztere der antiseptischen Injektion voran.

Bei ausgebreiteteren Furunkeln lassen sich zwecks Herbeiführung der Ausstofsung des Eiters und der nekrotischen Massen die Breiumschläge reinlicher, bequemer und dabei sicher antiseptisch durch Karboldunst-

[1] Gegen die Veielsche Ansicht, dafs eine frische Dermatitis Veranlassung zu neuen Kokkeninvasionen geben könne, spricht einerseits die Wirkung des nicht antiseptisch wirkenden Chrysarobins, welches gerade durch Erzeugung einer Dermatitis parasitäre Hautkrankheiten günstig beeinflufst, andererseits die Thatsache, dafs gerade in denjenigen Partieen, die am entzündetsten aussahen, bei mikroskopischer Untersuchung äufserst wenig Infektionskeime anzutreffen sind. Beweis dafür ist auch die prompte Wirkung des nur schwach antiseptischen Ichthyols, welches schnell und sicher die frische Dermatitis beseitigt.

[2] Dem 2 %igen Karbolwasser setze ich mit Vorteil etwas $HgCl_2$ hinzu, etwa 1,0 ‰.

umschläge ersetzen. Auch diesen gelingt es hier und da im Entstehen begriffene Furunkel zur Resorption zu bringen. Von Anwendung des Schwefelcalciums habe ich bis jetzt ebenfalls noch keine sicheren Erfolge konstatieren können, doch glaube ich andererseits den Abführmitteln deshalb das Wort reden zu können, weil sie entschieden mindernd auf die Beschwerden des Patienten wirken, die sich sonst bei jeder Anstrengung der Bauchpresse und bei Füllung des Darmes steigern.

Vorstehende Zeilen dürften die Möglichkeit gewähren, den drei ersten Indikationen der Furunkeltherapie zu genügen, die eingedrungenen Kokken vor eingetretener Nekrose direkt oder indirekt, durch Beeinflussung des Nährbodens, unschädlich zu machen, die Ausstofsung der nekrotischen Massen zu beschleunigen und in beiden Fällen durch die Antisepsis des Verfahrens die Nachbarregionen vor Infektion zu schützen. Es erübrigt noch die Frage zu lösen, wie man am besten „den Organismus möglichst widerstandsfähig macht gegen die Eiterkokkeninvasionen." So gestellt würde die Beantwortung der Frage zu weiten Raum beanspruchen. Engen wir sie aber dahin ein, dafs wir nach einem Schutze gegen Furunkulose suchen, wo wir eine solche erfahrungsgemäfs zu fürchten haben, so bleiben uns wohl nur zwei Indikationen in dieser Beziehung. Einmal können wir da eine Furunkulose befürchten, wo schon ein Furunkel besteht oder unlängst bestanden hat, andererseits ist es bekannt, dafs eine solche sich gern an ein abgelaufenes Ekzem anschliefst. Wollen wir hier ein übriges thun, so gewährt uns die von Unna empfohlene Zinkschwefelpaste mit 2—5 % Karbolzusatz die besten Garantieen auf Erfolg.

Schliefslich dürfte hier der Ort sein, auch einmal die von French-Heath empfohlene Methode der „Peritomie" oder „subkutane Discision" (Hüter) wieder in Erinnerung zu bringen. Durch senkrechtes Einstofsen in die Schwellungspitze wird es ermöglicht, mit kreisförmigen Messerbewegungen subkutan alle den Entzündungsheerd ziehenden Bindegewebsfasern zu durchschneiden und so den Furunkel in einen einfachen kutanen Abscefs zu verwandeln. Nach Dr. Dreyling, Inaug.-Dissert. *Zur Pathol. u. Therapie des Furunkels*, Greifswald 1888, ist durch diese Methode „nach 1 bis 2 Tagen fast vollständige Heilung" erzielt worden. Würden sich diese Angaben bestätigen, so hätten wir für alle diejenigen Fälle, in denen eine Abortivkur nicht mehr möglich, etwa mit Karbol-Sublimat-Cocain-Injektionen kombiniert, eine allen Ansprüchen — denn sie macht auch keine Narben — genügende, welche bald alle übrigen verdrängen könnte, bis auf die Fälle, in denen Messerscheu zu einer der oben beschriebenen Mafsnahmen zwingt.

Über Beziehungen des Erythema nodosum zu infektiösen Rachenaffektionen und zum Rheumatismus acutus.

Von

Stabsarzt a. D. Dr. Hoffmann
in Dresden.

Die Haut des menschlichen Körpers pflegt bei der Mehrzahl der Infektionskrankheiten mit ergriffen zu werden, und zwar ist sie bei einer Anzahl derselben der Hauptschauplatz der Krankheitserscheinungen, bei andereren nur in untergeordneter Weise in Mitleidenschaft gezogen. Meist sind die Erscheinungen auf der Haut ganz typisch für die eine oder andere bestimmte Infektionserkrankung, nicht so bei allen.

Es gibt z. B. Entzündungsformen der Haut, die schon lange als gut charakterisierte, selbständige Krankheitsindividuen anerkannt sind, deren Abhängigkeit von einer Infektion aber, und deren Zusammenhang mit durch die gleiche Infektion hervorgerufenen Krankheitserscheinungen anderer Organe erst in allerletzter Zeit mehr in Betracht gezogen worden ist.

Es wird aber noch weitgehender klinischer und bakteriologischer Forschungen bedürfen, ehe jene Abhängigkeitsverhältnisse in klare und bestimmte Fassung gebracht sein werden.

Eine derartige Entzündungsform der Haut, die das hochgradigste Interesse zu beanspruchen berechtigt ist, dürfte das Erythema nodosum sein. Dasselbe ist denn auch auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte nicht blofs von Seite der Dermatologen, sondern hauptsächlich der inneren Kliniker Gegenstand eingehender Besprechung gewesen.

Professor Bäumler [1] berichtete über 3 Fälle von Erythema nodosum aus der Freiburger Klinik. Er schickt voraus, dafs früher das Erythema nodosum als Äufserung einer rheumatischen bezw. gichtischen Diathese betrachtet worden sei, es dränge aber dazu, in vielen Fällen eine Infektionskrankheit eigener Art anzunehmen und veranlasse dies hauptsächlich das schwere Ergriffenwerden der Gesamtkonstitution, das hohe Fieber mit meist remittierendem Typus, die Krankheitserscheinungen in

[1] Über die klinische Bedeutung des Erythema nodosum und verwandter Hautausschläge. *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. No. 46.

den Gelenken, Sehnenscheiden, serösen Häuten, besonders dem Endokardium.

Bei den 3 beobachteten Fällen von Erythema nodosum war beim ersten langandauerndes, remittierendes Fieber, Lymphdrüsenschwellung und Milzvergrößerung vorhanden, beim zweiten ebensolche Fieberverhältnisse, doppelseitige Pleuritis und Empfindlichkeit der Nervenstämme. Beim dritten, der ein 18jähriges Mädchen betraf, trat bei scheinbar gutartigem Erythema nodosum plötzlicher Tod unter schweren Gehirnerscheinungen ein und ergab die Sektion Miliartuberkulose der Meningen.

Curschmann hat wiederholt beim Erythema nodosum eine Nephritis haemorrhagica und Ergriffensein der serösen Häute beobachtet und betrachtet es, wie Kussmaul, als Infektionskrankheit besonderer Art, im Gegensatz zu Jürgensen, der es als eine Form septischer Erkrankung ansieht.

Biermer erwähnt, dafs Kapillar-Embolien bei Endocarditis ulcerosa dem Erythema nodosum ähnliche Erscheinungen hervorbringen könnten und Quincke berichtet über einen Fall von doppelseitiger Lähmung der M. peronei- und Kniegelenkserguſs bei Erythema nodosum.

Von so hoher Wichtigkeit es für weiteren Einblick in das Wesen dieser Krankheit sein wird, dafs so hervorragende innere Kliniker ihre Aufmerksamkeit derselben zugewendet haben und in weiten Kreisen Interesse dafür erweckten, so scheint mir doch zweierlei jenen klinischen Erörterungen hinzugefügt werden zu müssen.

Erstens ist in denselben nur andeutungsweise, aber nicht mit der gebührenden Betonung auf die innige Verwandtschaft hingewiesen worden, die gewisse Formen von Erythema nodosum mit dem akuten Gelenkrheumatismus haben, eine Verwandtschaft, die vielleicht durch spätere bakteriologische Untersuchungen auf eine Identität des Krankheitserregers zurückgeführt werden dürfte, der bald seine Hauptthätigkeit in bekannter Weise in den Gelenken und anderen serösen Häuten etc. entfaltet und nur in schwächerem Grade und zeitlich später auf der äuſseren Haut durch Erythema nodosum sich bemerkbar macht, bald akut und intensiv zuerst das Erythema auf der Haut erzeugt und dann in der, dem Rheumatismus acutus eigenen, herumspringenden Weise seröse Häute, besonders der Gelenke, Sehnenscheiden, Pleura, Pericardium etc. in mehr oder weniger heftiger Weise mit affiziert.

Beide Male geschieht dies unter Fiebererscheinungen und verschiedengradiger, aber immer deutlicher Beteiligung des Gesamtorganismus. Schon im Jahre 1850 spricht Dr. James Begbie, Edinburg, *Schmidts Jahrb.* B. LXVII. No. 665. pag. 202 „Über Erythema nodosum und sein Vorkommen mit rheumatischen Krankheiten“ nach einer auſserordentlich klaren und zutreffenden Schilderung der Krankheitserscheinungen und

Lokalisation des Erythema nodosum sich dahin aus, dafs die meisten Beobachter darin übereinstimmten, dafs die in Rede stehende Krankheit wo nicht immer, so doch meistens mit rheumatischen Leiden in Verbindung stehe und dafs dieselben Mittel wie bei Rheumatismus auch bei ihr sich heilkräftig zeigten.

Zweitens ist in obigen Erörterungen ganz übergangen der Zusammenhang von Erythema nodosum mit Rachen- und Mandelentzündungen.

Auf diesen Zusammenhang ist schon seit einer Reihe von Jahren von Lipp, Caesar Boeck und einer grofsen Anzahl anderer Autoren aufmerksam gemacht worden, deren Beobachtungen sämtlich hier anzuführen, weit über den Rahmen dieser kurzen Mitteilung hinausgehen würde.

Lipp [2] berichtet über 2 Fälle, die mit Rötung der Tonsillen und Gaumenbögen einhergingen.

Caesar Boeck [3] teilt in einem Vortrage in der medizinischen Gesellschaft zu Christiania 2 Fälle von Erythema nodosum, verbunden mit Angina mit und schreibt in einem speciellen Aufsatz „Über den Zusammenhang verschiedener rheumatischer Affektionen, namentlich des gewöhnlichen Gichtfiebers und des Erythema nodosum mit vorausgegangenen Schlundentzündungen." [4]

Weiter berichtet Boeck im Jahre 1883 über zwei neue derartige Fälle. [5]

Loebl [6] berichtet 1882 über einen Fall von Erythema nodosum nach Angina.

Eugen Fränkel [7] erwähnt eine Form, dem Erythema multiforme ähnlich, welches mehrere Tage nach Beginn der Diphtheritis zum Vorschein kam.

Von E. Gintrac [8] existiert schon aus dem Jahre 1859 eine Abhandlung speciell über das Verhältnis der Erytheme zu Schlundentzündungen, die mir leider nicht zur genaueren Kenntnisnahme zugänglich war.

---

[2] Lipp, Beitrag zur Kenntnis des Erythema exsudativum multiforme Hebra. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1871. III. Jahrg.

[3] *Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft zu Christiania für das Jahr 1877.* pag. 7.

[4] *Tidskrift f. prakt. Medizin No. 9, 10 u. 12 f. das Jahr 1882.* – Referat in *Schmidts Jahrbüchern.* 1882. No. 7. pag. 33.

[5] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1883. pag. 485.

[6] *Wien. med. Blätter.* 1882. No. 43.

[7] Über Exanthemformen bei Diphtherie. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1883. No. 9.

[8] E. Gintrac, *Cours theorique et clinique de pathologie interne et de therapie médicale.* Bd. V. pag. 110. Paris 1859.

Coulaud [9] berichtet 1874 über einige Fälle von Erythema papulatum in Begleitung von Pharynx- und Larynx-Katarrhen.

Jedenfalls liefsen sich in der Litteratur noch eine grofse Anzahl hier einschlagender Mitteilungen auffinden.

Ich füge nun einen kurzen Bericht über 3 entsprechende, von mir selbst beobachtete Fälle hinzu, welche im Jahre 1887 in dem kurzen Zeitraum von ca. 8 Wochen in fast unmittelbarer Folge in meine Behandlung kamen, übrigens nicht untereinander in Verbindung stehen konnten, da sie ganz auseinander liegenden Stadtteilen angehörten.

Fall I. Ca. 30 Jahre alte Frau, Teich, von kräftiger Konstitution, bisher immer gesund gewesen. Sie erkrankte plötzlich mit heftigem Schüttelfrost, hatte hohes Fieber und zeigte eine akute Entzündung beider Mandeln, die mächtig geschwollen mit ausgedehntem weifslich-grauen Belage bedeckt waren. Die Submaxillardrüsen zeigten sich vergröfsert und empfindlich.

Nach einigen Tagen ging das Fieber herunter, die Mandeln reinigten sich und gingen zurück, so dafs die Patientin schon das Bett verlassen wollte, als wieder leichte Fiebererscheinungen und herumziehende Gliederschmerzen eintraten und gleichzeitig an der Vorderseite beider Unterschenkel und Kniegegenden eine starke Eruption von Erythema nodosum erfolgte. Die einzelnen Effloreszenzen stellten verschieden grofse, zum Teil länglich runde bis zu Markstückgröfse heranreichende, mit ihrem Längsdurchmesser in der Axe des Gliedes liegende, halbkugelig sich hervorwölbende, mäfsig scharf abgesetzte, rote, später etwas ins livide übergehende Hautinfiltrate dar, die mit glatter, etwas glänzender Oberhaut bedeckt waren und sich derb anfühlten und als subjektive Erscheinungen Spannung, Hitze und Schmerzhaftigkeit bei Druck aufwiesen.

Nach der Eruption war das Fieber verschwunden und ging der Ausschlag binnen 8 Tagen bei indifferenter Behandlung zurück, unter Zurücklassung leichter Pigmentierung und ohne nachweisbare Abschuppung.

Fall II betraf ein Mädchen von ca. 4 Jahren, Passig.

Der ältere Bruder dieses Kindes war vorher an heftiger Mandelentzündung mit ausgedehntem weifsen Belag erkrankt, beide Mandeln abscedierten und war bei dem Knaben die Krankheit in der Hauptsache gehoben, als die Schwester ebenfalls mit hohem Fieber erkrankte; beide Mandeln waren stark entzündet und mit einzelnen kleinen runden, den Follikeln entsprechenden, weifsen Plaques besetzt. Zur Abscedierung kam es hier nicht.

Ungefähr am dritten Tage nach Beginn der Mandelaffektion traten hier ganz analog wie in Fall I an beiden Unterschenkeln, besonders der vorderen Hälfte, ein ziemlich dichtstehendes Exanthem von Erythema nodosum ein, von fast derselben Beschaffenheit wie das oben beschriebene, nur dem Alter der Patientin gemäfs bewegten sich die Effloreszenzen in kleineren Dimensionen. Ob ein neuer Fieberanfall mit dem Ausbruch des Exanthems verbunden war, konnte hier nicht nachgewiesen werden.

Der Ablauf des Ausschlags war hier ebenso wie im ersten Falle ein ganz nor-

---

[9] *Archives générales de médic.* Band 1874.

maler und erfolgte spontan. Die Spannung liefs nach, die Infiltration schwand allmählich unter Hinterlassung leicht pigmentierter Flecken. [10]

Fall III, Schütze, betraf ein Mädchen von 20 Jahren, mäfsig kräftig, aus gesunder Familie, welches mit Erythema nodosum in meine Sprechstunde kam. Dieselbe berichtete, ohne darauf hin besonders befragt worden zu sein, dafs sie wegen allgemeinen Unwohlseins mit darauf folgenden Halsschmerzen und Schlingbeschwerden zwei Tage nicht habe arbeiten können, und sodann den Ausschlag bemerkt habe, der sie hauptsächlich beunruhigte.

Im Rachen war noch mäfsige Rötung und Schwellung der Mandeln zu konstatieren.

Die Erythemaknoten bedeckten besonders die Knöchelgegend an beiden Unterschenkeln und gingen vereinzelter werdend bis zur halben Höhe des Unterschenkels herauf, waren hier nicht von der Gleichartigeit wie in den beiden ersten Fällen, sondern es fanden sich zwischen den knotenartigen Erhebungen auch flache, verschieden ausgedehnte und geformte Erythem-Flecke, von dunkelroter, ins Bräunliche übergehender Farbe

Während das eigentliche Erythema nodosum im Laufe von ca. 14 Tagen verschwunden war, blieb das Erythema multiforme in diesem Falle noch monatelang bestehen, indem die einzelnen Flecke allmählich unter Zurücklassung von Pigmentierung schwanden und an anderen Orten neu wieder auftauchten.

Alle drei Fälle betrafen Personen, die vorher kräftig und gesund waren und nach Ablauf der Krankheit zu völligem Wohlsein wieder gelangten, wenn wir die Fortdauer der Erythema multiforme im Fall III aufser Rechnung lassen.

Die Nieren blieben in allen 3 Fällen intakt, wenigstens ergaben die in allen 3 Fällen vorgenommenen Urin Untersuchungen keine Abnormität.

Es leuchtet nun auf den ersten Blick ein, dafs wir es hier mit einer akuten Infektionskrankheit zu thun haben, welche einige Analogien mit Masern und Scharlach bietet.

In den beiden ersten der beschriebenen Fälle verhielt sich die unter hochgradigem Fieber auftretende Rachen-Affektion der scarlatinösen sehr ähnlich, ohne doch ganz derselben zu gleichen.

Während nämlich bei Scharlach es sich um eine floride, lebhaft rote, entzündliche Schwellung des Pharynx und der Tonsillen, in den höheren Graden um wirklich diphtheritische, feste, fibrinöse Schwarten handelt, waren in den beiden beobachteten Fällen die Mandeln ebenfalls stark geschwollen, die Schleimhaut stark durchfeuchtet, aber mehr bläulich rot und im Fall I der Belag nur eine lockere schmierige grauweifse Schicht, die in wenigen Tagen zur vollständigen Abstofsung gelangte, in

[10] Polotebnoff erwähnt in seiner Monographie *„Zur Lehre von den Erythemen,* Hamburg 1887, Ergänzungsheft zu Unnas *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887“ (*Dermatol. Studien* I. Heft 5), dafs es ihm wiederholt begegnet sei, dafs in einer Familie, in welcher mehrere Mitglieder an ein und derselben Infektionskrankheit darniederlagen, nur ein Erkrankter Erythema nodosum dazu bekam, während die anderen von letzterem frei blieben.

Fall II eine den Follikelmündungen entsprechende, mehr punktförmige Auflagerung.

Während nun bei Masern und Scharlach im Anschluſs an die Rachenaffektion in der bekannten typischen Weise das fleckige bezw. dichtstehende punktförmige Erythem sich über den Körper ausbreitet, erfolgte in obigen Fällen der Ausbruch eines nodosen Erythems und zwar gleichmäſsig, in typischer Weise, nur am Unterschenkel und Kniegegend.

Über die Fieberverhältnisse während der Entwickelung des Erythems konnten zuverlässigere Erhebungen nicht gewonnen werden, nur im Fall I war ein Vorhandensein von Fieber in dieser Periode nach scheinbarem Intermittieren desselben nachzuweisen.

Stärkere Abschilferung wurde nicht wahrgenommen.

Daſs nach längerer Zeit eine Tingierung der ergriffenen Hautpartieen zurückblieb, erklärt das weit intensivere Ergriffensein der entsprechenden Hautpartieen, die nicht bloſs auf aktiver Hyperämie, sondern hauptsächlich auf venöser Stauung beruhende Infiltration der Gewebe. Dementsprechend war die Farbe der erythematösen Stellen, was ich hier nochmals erwähnt haben möchte, nicht wie bei Scharlach eine lebhaft hochrote, sondern in allen 3 Fällen schon am zweiten Tage lividrot, teilweise ins Bräunliche übergehend.

Die allgemein gehaltene Ansicht, daſs das Erythema nodosum Teilerscheinung einer noch näher zu definierenden Infektionskrankheit sei, eine Ansicht, für welche besonders Polotebnoff reiches Beweismaterial zusammengestellt hat, dürfte durch die oben angeführten drei Fälle, welche übrigens durch ihre Gleichzeitigkeit auf ein epidemisches Auftreten hindeuten, [11] eine weitere Bestärkung erfahren.

Es wurde nun ferner eingangs darauf hingewiesen, daſs verschiedene Beobachtungen zu der Überzeugung führen, daſs eine nahe Verwandtschaft zwischen dem akuten Gelenkrheumatismus und dem Erythema nodosum bestehe.

Da ist denn bezüglich der pharyngealen Initialsymptome bei Erythema nodosum des Umstandes zu gedenken, daſs eine Reihe von Beobachtungen vorliegt, daſs der akute Gelenkrheumatismus selbst mit Rachen- und Mandelentzündungen eingeleitet worden ist.

Boeck macht schon 1877, *Norsk. Magac.* 3. R. VII, darauf aufmerksam, daſs bei der 1877 in Christiania herrschenden Epidemie von Angina follicularis auffallend häufig in der Rekonvalescenz rheumatische Affektionen auftraten, berichtet auſserdem 1878 über 1 Fall von Rheumatismus acutus nach Tonsillitis; 1879 1 Fall desgleichen mit rheumatischer Herzaffektion; 1881 ebenso nach abscedierender Tonsillitis 1 Fall

[11] Vgl. Polotebnoff, l. c. pag. 18.

von rheumatischer Herzaffektion; ferner 1881 bei einem jungen Manne, am achten Tage nach abscedierender Tonsillitis akuter Gelenkrheumatismus am Knie, gleichzeitig mit Erythema nodosum an beiden Knieen, rechtem Unterschenkel und linkem Vorderarm.

Lasègne, *Archives générales de med.* Juni 1880. pag. 719. berichtet über 2 Fälle von heftigem akuten Gelenkrheumatismus bei Vater und Sohn nach und 1 Fall vor Angina, beide mit nachfolgender Nephritis.

W. Stewart, *Lancet* 1881, behauptet sogar, dafs 70 bis 80 % aller akuten Rheumatismen von akuter follikulärer Tonsillitis eingeleitet werden.

A. Harkin (*Dublin Journ.* LXXV. pag. 296) berichtet über 6 Fälle von Rheumatismus acutus mit vorhergehender Tonsillitis, wovon ein Fall mit Erythema verbunden war.

Fowler, *Lancet*, Dezbr. 1880, teilt noch 16 Fälle von Rheumatismus acutus nach Angina mit.

Es wird eine dankbare Aufgabe sein, die übrigens besonders dem praktischen Arzte zufallen dürfte, den Beziehungen zwischen Rheumatismus acutus und Erythema nodosum und dem Verhältnis beider zu einleitenden Rachen- und Mandelaffektionen nachzuspüren und durch sorgsame Zusammenstellung Licht darüber verbreiten zu helfen.

Vollständige Klarheit aber wird erst durch diesbezügliche vergleichende bakteriologische Forschungen, wie sie mehrfach schon versucht worden sind, gewonnen werden können.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut.

Von

P. G. Unna.

VII.

Angioneurosen.

(Schlufs.)

Die zweite Familie der Auspitzschen Klasse umfafst drei Gruppen, das Exanthema toxicum, die Urticaria toxica und den Ergotismus; in ersterer soll die entzündliche Wallung, in der zweiten der Krampf und im dritten die Gefäfsverstopfung mit Ausgang in Nekrose vorwalten. Die Existenzberechtigung dieser Abteilung unterliegt viel geringerem

Zweifel als die der soeben besprochenen; gehören doch die meisten der seit Köbner sogenannten Arzneiexantheme in dieselbe. Aber immerhin müssen wir von unserem Standpunkte mehrere Formen aus der Reihe der toxischen Angioneurosen streichen, welche Auspitz hierher zählt, weil es sich dabei überhaupt nicht um Angioneurosen in unserem Sinne handelt. So gehören die Furunculi toxici und das Erythema toxicum sicherlich nicht hierher, so wenig wie die Granulomata toxica (durch Jod, Brom, Arsen), die Auspitz garnicht anführt. Auch bei dem sogenannten Eczema toxicum, welches von Fournier nach innerlichem Gebrauch von Quecksilber, von Kiba nach Chloralhydrat beobachtet wurde, wird es sich keinenfalls um reine Angioneurosen gehandelt haben, vielleicht um ekzemähnliche oder mit Ekzem sich komplizierende Hautentzündungen.

Endlich ist die Stellung der Purpura toxica (durch Jodpräparate, Phosphor, Salicylsäure) unter den toxischen Angioneurosen zweifelhaft, wenigstens solange die rein nervöse Form der Purpura, wie sie von französischen Autoren aufgestellt ist, nicht vollkommen gesichert und die Analogie der neuralgischen Purpuraformen mit der medikamentösen Purpura wahrscheinlich gemacht ist.

Es bleiben uns demgemäfs als toxische Angioneurosen nur die erythematösen, erythemato-papulösen, herpes- und pemphigusähnlichen und die urticariellen Formen — und zwar handelt es sich auch bei diesen seltener um rein angioneurotische Vorgänge als um Komplikationen von solchen mit umschriebenen oder allgemeinen Entzündungen der Haut.

Wie man sieht, fällt auch hier die ätiologische Gruppe der Arzneiexantheme durchaus nicht zusammen mit der ätiologisch-klinischen der toxischen Angioneurosen. Im Gegenteil führt die genauere Definition der letzteren zu einer nicht unfruchtbaren Scheidung der Arzneiexantheme in angioneurotische und nicht angioneurotische. Innerhalb der ersteren ist die Auspitzsche Unterabteilung für uns von geringerem Belange. Dafs ich die Urticaria gänzlich von den erythematösen und erythematopapulösen Formen abzutrennen keinen Grund habe, ergibt sich aus unserer allgemeinen Definition des Begriffs Angioneurose. Auch der Ergotismus mit seinen Nekrosen hat gewisse Analogien in anderen Angioneurosen, speciell in der Raynaudschen Krankheit und der Urticaria necrotica.

Wir kommen zur dritten Auspitzschen Familie der Angioneurosen: zu den „essentiellen", zur wichtigsten und schwierigsten Gruppe. Das Wort essentiell bezeichnet hier wie überall die Thatsache, dafs uns die Ätiologie in den hierhergehörigen Fällen noch vollkommen dunkel ist, dafs es sich beispielsweise nicht um symptomatische Erkrankungen der Haut durch das Gift akuter Exantheme oder durch medikamentöse oder Nahrungsmittel-Vergiftungen handelt. Es sind vielmehr die idiopathischen Angioneurosen, deren Wesen (Essenz) für uns bisher lediglich in der

Ausschlagsform liegt. Nehmen wir, um das Gebiet möglichst zu klären, auch von vornherein die Acne rosacea (Erythema angiectaticum AUSPITZ) aus dieser Gruppe heraus, da wir die Ätiologie dieser, auf die mittlere Gesichtspartie beschränkten Affektion neuerdings kennen gelernt haben und diese selbst sich lediglich als ein Folgezustand des seborrhoischen Katarrhs des Gesichts bei zu Fluxionen geneigten Individuen zu erkennen gegeben hat. Eine einzige Form nur unter den Zuständen, die man bisher unter dem Wort: Acne rosacea zusammengeworfen hat, verdient auch in Zukunft noch als Angioneurose betrachtet zu werden, aber diese ist nichts weniger als eine „Acne" rosacea, weist nie die bekannten Knötchen und Pusteln auf, sondern repräsentiert sich als eine glatte, meist stauungsartige Rötung der Nasenspitze und der benachbarten Teile der Nase und ist nur eine Teilerscheinung allgemeiner, anderweitig bereits klassifizierter Angioneurosen, speciell des Frostes.

Es bleiben uns dann als essentielle Angioneurosen: die Urticaria chronica (Cnidosis) und die Gruppe des Erythanthema essentiale, welche aufser HEBRAS Erythema multiforme und nodosum eine Reihe herpetiformer und pemphigoider Ausschläge auf neurotischer Grundlage und endlich die Peliosis rheumatica enthält.

Die Einführung des neuen Begriffes: „Erythanthema" motiviert AUSPITZ folgendermafsen pag. 71:

„Wenn man nun daran geht, alle diese angioneurotischen Erytheme, die Bläschenformen, die tiefen Infiltrate und die Blutungen unter einen Hut zu bringen, was zur endlichen Beseitigung der hier vielfach herrschenden, durch die Variabilität der Bezeichnungen herbeigeführten Irrtümer dringend notwendig erscheint, so leuchtet ein, dafs der Name Erythema multiforme fallen mufs. Denn nunmehr handelt es sich nicht mehr blofs um Erytheme und auch nicht um eine Multiformität von Erythemen, sondern um die Darlegung der Thatsache, dafs die verschiedensten Efflorescenzformen zu einem wenn auch variabeln Krankheitsbilde gehören, dessen Grundform freilich eine fleckige Kongestion, das Erythem, bildet. Die letztere wichtige Thatsache würde durch Beifügung des Wortes multiform etwa zu Exanthem anstatt Erythem garnicht zum Ausdruck kommen, abgesehen davon, dafs ein multiformes Exanthem sich unbedingt als ein zu weiter und darum als ein nicht charakteristischer Terminus erwiese.

Ich glaube das Richtige zu treffen, wenn ich für die ganze Krankheitsgattung den Namen: Erythanthema, d. h. Efflorescenzbildung mit erythematöser Grundform (ἐρύθρος, rot und ἄνθος, Blüte, Efflorescenz) vorschlage.

Hierbei kommt wohl der angioneurotische Charakter der hier in Rede stehenden Affektionen nicht zum Ausdruck; aber mit gutem Grunde,

weil es ganz ähnliche proteusartige Exantheme gibt, für welche der Name gleichfalls paſst, die aber dessenungeachtet nicht unter die Angioneurosen gehören und die wir später kennen lernen werden. Der Ausdruck Erythanthem soll eben an und für sich nicht eine Krankheit, sondern einen sich aus den Grundformen aufbauenden, also zusammengesetzten Typus von Efflorescenzbildung von eigentümlichem Habitus und Verlauf bedeuten."

In den neun Jahren, seitdem das System von AUSPITZ erschienen ist, hat sich dieser Terminus nicht eingebürgert; weder hat er die Namen: Erythema multiforme und nodosum verdrängt, noch hat er Eingang gefunden zur Bezeichnung der bisher von der Nomenclatur stiefmütterlich behandelten, merkwürdigen Exantheme neurotischen Ursprungs und herpes- oder pemphigusähnlichen Charakters, für die er hauptsächlich geschaffen war.

Ich glaube nun nicht, daſs es nötig ist, die Namen Erythema multiforme und Erythema nodosum aufzugeben, aber notwendig ist es allerdings, dieselben schärfer zu definieren als es neuerdings meistens geschieht. Schärfe der Definition ist die erste Bedingung eines Fortschritts zum Bessern. Allzuweite Ausdehnung gut abgrenzbarer Krankheitsbegriffe ist in unserer Wissenschaft von jeher die Quelle aussichtslosen Stillstandes gewesen.

Halten wir uns nur ganz scharf an die Eigentümlichkeiten jener Dermatose, welche HEBRA in der ersten Auflage seines Lehrbuchs unter dem Namen Erythema exsudativum multiforme einführte, so wird es uns garnicht schwer werden, alle anderen, nur ähnlichen Erkrankungen der Haut — ausgenommen vielleicht das Erythema nodosum — von dem echten Erythema multiforme ein für allemal leicht abzugrenzen. Die wichtigsten beiden Merkmale sind:

1. das eigentümliche, flachknotige, elastisch ödematöse, koncentrisch sich ausbreitende, dabei die Farbe wechselnde und oft eine vesikulösbullöse Umwandlung zeigende Exanthem und
2. dessen primäre Lokalisation an den Handrücken, der Handgelenksgegend und der Streckseite der Vorderarme, dann erst in der Fuſsgelenksgegend und das stärkere Befallensein der oberen Körperhälfte als der unteren.

Besonders auf diese Lokalisation ist in den neueren Arbeiten über Erythem viel zu wenig Gewicht gelegt worden; da es aber unsere Pflicht ist, die unendlich zahlreichen erythematoiden Dermatosen zu ordnen, so dürfen wir uns dieses Charakteristicum ersten Ranges nicht entgehen lassen.

Hierzu kommen dann folgende weniger auffallende, aber immerhin konstante Eigentümlichkeiten der Krankheit.

3. Sie zeigt für die Individuen meist einen Typus annuus mit Bevorzugung der Frühlings- und Herbstzeiten.
4. Sie kommt zu den gedachten Zeiten stets in kleinen Epidemieen gehäuft vor.
5. Sie hat einen regelmäfsigen typischen Ablauf von 1½ bis 3 Wochen und endet stets benign auch ohne Kunsthilfe.
6. Die Kranken klagen nur über juckende, brennende Empfindungen, das Allgemeinbefinden ist nur leicht oder garnicht gestört.

Endlich zeigt das Exanthem bei genauerer Beobachtung noch drei Besonderheiten, die es in allen Fällen von ähnlichen toxischen, reflektorischen und spontanen Erythemen unterscheiden lassen:

7. Es zeigt keine angiogene, sondern eine lediglich regionäre Symmetrie, d. h. das Exanthem bevorzugt gewisse symmetrisch liegende Körperregionen, wie z. B. beide Handrücken, erscheint aber hier unregelmäfsig zerstreut, so dafs sich durchaus nicht die einzelnen Läsionen der rechten und linken Seite auf symmetrisch abgehende Nerven oder Gefäfse beziehen lassen.
8. Es zeigt keinen angiogenen Aufbau, indem die Knoten weder ursprünglich cirkulatorischen Flächenelementen der Haut entsprechen noch sich später an deren Grenzen halten.
9. Es läfst sich, wie auch schon Hebra angab, das Exanthem nicht willkürlich durch äufsere Reize hervorrufen; der es hervorrufende specifische Reiz ist offenbar sehr verschieden von den gewöhnlichen thermischen und mechanischen Reizmitteln.

In diesen letzten drei differentiell-diagnostischen Momenten unterscheidet sich das Erythema multiforme exsudativum Hebra fein, aber scharf von allen reflektorischen, toxischen[1] und spontanen (essentiellen) Erythemen, dagegen nicht vom Erythema nodosum. Diejenigen Eigenschaften, welche vom anatomisch klinischen Standpunkt das Erythema multiforme zu einer embolischen, infektiösen Erkrankung der Haut stempeln, teilt es allerdings mit dem Erythema nodosum, während dieselben es von den übrigen, ähnlichen, nicht infektiösen Erythemen strenge zu unterscheiden erlauben. Von dem Erythema nodosum andererseits läfst es sich in den meisten Fällen leicht unterscheiden, wenn man auf folgende Punkte achtet:

1. Das Erythema nodosum tritt an den Hauptstellen seiner Entwickelung in umfangreicheren, tiefer greifenden Knoten oder Beulen auf, die keine koncentrische Abwandlung in der Fläche und keine Bläschen und Blasenbildung erkennen lassen.

---

[1] Die toxischen Angioneurosen lassen sich auch nicht durch äufsere beliebige Reize, sondern nur wieder durch den specifischen toxischen Reiz hervorrufen.

2. Es hat seine Prädilektionsstellen am Unterschenkel und in der Kniegegend; hier findet es sich stets primär von unten nach oben aufsteigend.

3. Es zeigt für das Individuum keinen Typus annuus und kommt fast stets nur einmal im Leben vor.

4. Es tritt fast stets vereinzelt, nicht epidemienweise auf.

5. Der auch hier spontan günstige Verlauf ist ein langsamerer, durch häufigere Nachschübe auf 3—4 Wochen sich ausdehnender.

6. Jucken fehlt vollständig, doch sind die Knoten schmerzhaft bei Druck.

7. Das Allgemeinbefinden ist meistens weit mehr gestört als beim Erythema multiforme; oft ist erhebliches Fieber vorhanden.

8. Regelmäfsig findet sich eine inguinale Drüsenschwellung.

Die Schwierigkeiten, die sich in einzelnen selteneren Fällen der Unterscheidung entgegenstellen, liegen nicht sowohl darin, dafs die genannten Momente weniger deutlich oder garnicht vorhanden wären, sondern vielmehr nur darin, dafs bei ausgebreiteterem Erythema nodosum die schwächer ausgebildeten Knoten, besonders an den Armen, den flachknotigen Papeln des Erythema multiforme ähnlich sehen, womit noch keineswegs gesagt ist, dafs sie für die genauere Beobachtung mit diesen identisch sind. Eine koncentrische, vesikulöse Abwandlung z. B. habe ich bei diesen flachen Knoten des Erythema nodosum noch nie wahrgenommen. Man kann mithin sagen, dafs echte Fälle vom Hebraschen multiformen Erythem nie mit dem knotigen Erythem verwechselt werden können, wohl aber ausgebreitete Fälle des letzteren mit ersterem; dieses aber auch nur dann, wenn man nicht auf das Gros der angegebenen Unterscheidungsmerkmale achtet, was allerdings häufig genug der Fall gewesen ist.

Vom Standpunkte der Infektionstheorie aus wäre etwa das Erythema nodosum dem Herpes zoster, das Erythema multiforme einem recidivierenden Herpes labialis vergleichbar. Niemand wird die Verwandtschaft dieser beiden Prozesse leugnen, aber wem scharfe Diagnostik am Herzen liegt, wird sie zu unterscheiden sich bemühen.

Es ist nun gewifs nur eine oberflächliche Ähnlichkeit der Form des Exanthems, also nur eines einzigen Symptomes, welche so viele Autoren veranlafst hat, eine grofse Reihe toxischer, reflektorischer und selbständiger chronischer Dermatosen von ganz anderem Habitus unter dem Namen: „Erythema multiforme“ oder „Erythema“ schlechthin zu beschreiben. Es fand sich in den dermatologischen Handbüchern eben keine genügende Darstellung jener seltener vorkommenden Exantheme und so griff man zu dem sich am nächsten darbietenden Krankheitsbegriffe, der Analogieen zu bieten schien. Ein grofses Material hat sich auf diese Weise mit der Zeit angehäuft, welches — abgesehen vielleicht von den Arznei-

exanthemen — am wenigsten von Dermatologen herbeigeschafft wurde. Den inneren Medizinern, Pädiatern, und Gynäkologen verdanken wir den gröfsten Teil der einschlägigen Fälle, eine sehr zerstreut liegende, noch sehr wenig geordnete Litteratur.

Wer dieselbe durchstudiert, wird natürlich den Eindruck — wie Auspitz — empfangen müssen, dafs die wenigsten Krankengeschichten sich noch auf den alten Typus von Hebra zurückführen lassen und wird es erklärlich finden, dafs der neueste Bearbeiter der „Erythemfrage", Polotebnoff, in seiner ungemein reichhaltigen und wichtigen Arbeit [1] den Hebraschen Begriff vollständig fallen läfst und eine weit umfangreichere, klinische Einheit, eben seinen Erythembegriff, an die Stelle zu setzen sucht.

Ich vermag hierin meinem Freunde Polotebnoff nicht zu folgen. Ich finde im Gegenteil gerade in seiner Sammlung eigener und fremder Fälle die besten Anhaltspunkte für meine Anschauung, dafs man schon heute in der Lage ist, neben dem echten Erythema exsudativum multiforme Hebra und dem Erythema nodosum eine Reihe wohl charakteristischer anderer Typen aufzustellen, die ätiologisch sowohl wie klinisch vollkommen von jenen zu trennen sind.

Um mich rasch und doch ganz verständlich zu machen, sei es mir erlaubt, in aller Kürze einige Krankengeschichten zu skizzieren, die besser als theoretische Erwägungen zur Erläuterung meiner Anschauung dienen werden.

Fall I. Im Jahre 1877 beobachtete ich einen jungen Mann, der eine schwere fieberhafte, mit starkem serösen Erguſs in den Herzbeutel einhergehende Perikarditis durchmachte. Ohne eine sonstige Störung oder eine medikamentöse Einwirkung, trat plötzlich zur Zeit der maximalen Höhe der perikarditischen Exsudats ein eigentümliches Exanthem auf. Zunächst bildeten sich genau symmetrisch beide Mundwinkel halbkreisförmig umfassend, je eine flache, bläulichrote, papulöse Erhebung, der alsbald an Wangen, Kinn und Nase neue, getrennt stehende Efflorescenzen folgten. Überall war die genannte Symmetrie im einzelnen wahrnehmbar, und stets erschienen die symmetrischen Flecke zur selben Zeit. Dieselben verbreiteten sich am nächsten Tag über den Hals abwärts und bis zur Stirne hinauf, dann über den Bauch und die Arme. Die Handrücken wurden ohne besondere Bevorzugung sekundär wie alle übrigen Körperteile befallen. Am dritten Tage schritt das Exanthem immer streng symmetrisch an den Beinen nach unten bis zur Fuſsspitze vor. Die einzelnen Flecke und Papeln erschienen immer getrennt, oft in kreisförmigen, unvollständigen Linien aneinandergereiht; sie vergröfserten sich nicht, wanderten und konfluierten ebensowenig, sondern machten an Ort und Stelle ihre Involution durch. Die letztere begann etwa am 4. Tage, als der ganze Körper mit papulösen Flecken buchstäblich marmoriert war, in derselben Reihenfolge von den Mundwinkeln abwärts schreitend. Nach 14 Tagen war das ganze Exanthem wieder verschwunden, bis auf eine leicht

[1] Polotebnoff, Zur Lehre von den Erythemen. *Dermatologische Studien.* I. Heft 5. Hamburg, Leopold Voss.

marmorierte Pigmentierung. Jucken und sonstige subjektive Beschwerden waren die ganze Zeit nicht vorhanden. Ich hatte Gelegenheit, den Patienten lange Zeit nach seiner Heilung wiederzusehen; nie war ein ähnlicher Ausschlag bei ihm wieder aufgetreten.

War dies ein Fall von echtem Hebraschen Erythema exsudativum multiforme? Ganz gewifs nicht. Als Begleiterscheinung einer anderen Organerkrankung, und offenbar unter dem Einflufs des rasch wachsenden Herzbeutelexsudats (Druck auf die sympathischen Herzganglien?) entsteht ein flüchtiges, papulöses Erythem. Dasselbe beginnt nicht in der Gegend des Handrückens, es besteht aus Einzeleffloreszenzen, welche die genaueste angiogene Symmetrie und angiogenen Typus aufweisen, sich nicht konzentrisch vergröfsern und abwandeln, keine subjektive Empfindung, besonders kein Jucken verursachen und, nachdem sie unterschiedslos und ohne regionäre Prädilektion den ganzen Körper gleichsam anatomisch durchwandert, in gleicher Reihenfolge erblassen und verschwinden.

Wir haben es hier mit einem ausgezeichneten Falle von reflektorischer Angioneurose zu thun, aber nicht mit dem Hebraschen Typus des multiformen Erythems.

Fall II. Im Jahre 1887 beobachtete ich eine Dame, welche unmittelbar im Anschlufs an ihre erste, nicht besonders schwere Entbindung von einem universellen Blasenexanthem befallen wurde. Am Tage nach der durchaus normal verlaufenen Geburt zeigten sich die ersten Blasen am Rumpfe und an den Beinen. Der Ausschlag wanderte von hier teils an den Beinen abwärts, teils an der Vorderseite des Rumpfes aufwärts, ergriff die Arme, das Gesicht und schliefslich den Rücken. Ich sah die Kranke zuerst, als schon ein grofser Teil des Körpers befallen war, konnte aber noch mehrere Tage lang das Umsichgreifen des Exanthems beobachten. Stets traten zuerst in genauester bilateraler Symmetrie rote Flecke und bläulichrote flache Papeln vom Charakter des Erythema papulatum auf, von unregelmäfsiger, meist jedoch rundlicher Form, teils einzeln, teils in Reihen und halbkreisförmigen Linien, ja zu ganzen Ringen angeordnet. Die Kranke hatte dabei stechende und brennende Empfindungen. An manchen Stellen standen die Efflorescenzen so dicht, dafs die erkrankte Haut die gesunden Stellen bei weitem überwog. Sehr bald entwickelten sich auf diesen Flecken und Papeln kleinere und gröfsere Blasen, die bis zu Bohnen- und Mandelgröfse an Umfang zunahmen und wie die Papeln teils einzeln, teils in Gruppen und Reihen angeordnet erschienen. Sich selbst überlassen, erreichten die stets einkämmerigen dickhäutigen Blasen den Umfang und die Höhe einer halben Wallnufs, ehe sie barsten; frühzeitig angestochen, trockneten sie leicht ein.

Es dauerte etwa 8 Tage, bis der Ausschlag sein Höhestadium erreichte, d. h. bis die gesamte Haut von dem blasigen Exanthem in stetiger symmetrischer Progression befallen war. Der Allgemeinzustand erschien währenddessen lediglich durch den qualvollen Zustand der Haut gestört. Es waren nicht die geringsten Zeichen septischer Infektion der Genitalien vorhanden. Temperatursteigerung gering, Puls nicht übermäfsig frequent, keine Abnormitäten an den inneren Organen nachweisbar; das Wochenbett nahm seinen regulären Verlauf. Unter reichlichem Gebrauch einer schwach karbolisierten Pasta zinci mollis trockneten im weiteren Verlauf von zwei Wochen alle Efflorescenzen ab, und damit erreichte das gefahrdrohende Bild einer akuten universellen Blasenabhebung der Oberhaut rasch ein glückliches Ende.

In den letzten 3 Jahren ist die Patientin nicht wieder von einem ähnlichen Ausschlag und überhaupt nicht von einer Dermatose befallen gewesen, hat übrigens auch kein Wochenbett mehr durchgemacht.

Handelt es sich hier um ein bullöses Erythema multiforme, um eine Varietät des Pemphigus oder gar um eine Hydroa gravidarum, eine Abart der Duhringschen Dermatitis herpetiformis?

Um einen wahren Pemphigus im ursprünglichen Hebraschen Sinne handelt es sich gewifs nicht. Ganz abgesehen von der Entstehungsgeschichte der Blasen in diesem Falle, genügt es, sich daran zu erinnern, mit welchem Eifer Hebra sen. in seinen Vorlesungen die Chronicität des Pemphigus verfocht, um sich davor zu hüten, eine einmalige akute Blasenerkrankung mit der Etiquette: Pemphigus zu bekleben.

Die Duhringsche Krankheit ist aus demselben Grunde ausgeschlossen; es traten eben keine Recidive ein. Und wenn jemand den abweichenden Verlauf auf den Mangel weiterer Wochenbette (des auslösenden Reizes) schieben wollte, so genügt die Hinweisung auf den gänzlichen Mangel an Polymorphie und an juckenden Empfindungen, um die Möglichkeit auszuschliefsen, als habe es sich hier um die erste Attacke eine Hydroa gravidarum gehandelt.

So scheint nur die Diagnose: Erythema multiforme (Herpes Iris bullosus) übrig zubleiben. Zieht man aber in Betracht, dafs es sich um eine im unmittelbaren Anschlufs an die Geburt aufgetretene Dermatose handelt, die nicht an den Handrücken zuerst und vorzugsweise erschien, sondern ohne besondere regionäre Prädilektion den ganzen Körper und mit absoluter angiogener Symmetrie abwandelte, deren Einzeleffloreszenzen nicht juckten, deutlich nach angiogenem Typus angeordnet waren, sich nicht konzentrisch vergröfserten, nicht peripherische Bläschen zeigten und central einsanken, sondern partiell oder in toto sich plötzlich zu grofsen Blasen erhoben, um nach diesem typischen Decursus rasch, im Verlauf von wenigen Tagen wieder einzutrocknen, dafs endlich die ganze Krankheit sich nicht nach Jahresfrist wiederholte und im Hochsommer aufser Konnex mit den kleinen Frühjahrs- und Herbstepidimien von echtem Erythema multiforme Hebra auftrat —, so kommen wir zu der Überzeugung, dafs wir hier eine ätiologisch und klinisch vom Hebraschen Typus vollständig verschiedene Krankheit vor uns haben. Es ist wiederum ein Fall von reflektorischer Angioneurose. Wie in Fall I. war auch hier ein Erythema papulatum die elementare Läsion, welche sich hier nur in bullöser Weise abwandelte.

An diese Fälle älteren Datums schliefse ich 4 Fälle, die sich augenblicklich in meiner Klinik befinden, an.

Fall III. betrifft einen jungen kräftigen Mann, der plötzlich ohne nachweisbare Veranlassung am ganzen Körper von einem Erythema papulatum befallen wurde. Hier sind allerdings die Handrücken und Vorderarme stark affiziert, aber es fällt auf, dafs auch der Rumpf ungewöhnlich dicht mit Flecken besäet ist, und dafs der Ausschlag sich hier gleich anfangs gezeigt und dann ziemlich rasch über den ganzen Körper verbreitet haben soll. Mit dieser Angabe stimmt auch das gleichaltrige Aussehen sämtlicher Effloreszenzen. Patient klagt nicht über Jucken, aber über Appetitlosigkeit, die Zunge ist belegt. Am nächsten Tage sind noch einige neue Flecke hinzugekommen, und es fällt eine gelbliche Verfärbung der Konjunktiven auf. Tags darauf zeigt der Patient ikterische Verfärbung der gesamten Decke, gallenfarbenen Urin, gallenarme Faeces. Auch jetzt wird über Jucken nicht geklagt. Der weitere Verlauf gestaltete sich so, dafs, während der Ikterus noch einige Tage beständig zunahm, das Exanthem im selben Mafse und gleichzeitig am ganzen Körper schwand. Nirgends zeigten die Effloreszenzen eine besondere konzentrische Abwandlung, nicht einmal eine centrale Abflachung. Fälle von Erythema multiforme, als Komplikation von Ikterus, sind bereits öfter erwähnt. Aber in diesem Falle zeigt es sich deutlich,

dafs das Exanthem synchron mit der Ausdehnung der Gallenblase entstand und beim Übertritt der Gallenbestandteile ins Blut wieder verschwand. Es wurde also offenbar nicht erzeugt durch die Anwesenheit von Gallenbestandteilen in den Gefäfsen der Haut, sondern reflektorisch von der Ausdehnung der Gallenblase, ganz in derselben Weise wie durch andere plötzliche Reizungen des Bauchfells (durch Volumensveränderung des Uterus, der Blase, durch Platzen von Bauchfell- und Leberechinokokken etc.) Erytheme und Urticaria ausgelöst werden. Die Art des Auftretens, die Topographie des Exanthems, sowie das plötzliche Verschwinden zeigten zur Genüge, dafs es sich hier nicht um ein echtes Hebrasches multiformes exsudatives Erythem, sondern um eine flüchtige, reflektorische Angioneurose handelte.

Übrigens ist es bemerkenswert, dafs Polotebnoff in seinen beiden Fällen von Erythema papulatum bei Ikterus besonders betont, dafs in keinem von beiden der Handrücken befallen war (a. a. O. pag. 22).

Fall IV. betrifft einen 16jährigen Jüngling, der vor einigen Tagen wegen eines sehr eingewurzelten universellen Ekzems mit beträchtlichen, prurigoähnlichen Verhärtungen der Haut an den Extremitäten in die Klinik aufgenommen wurde. Er litt nebenher seit Jahren an bronchialem Asthma und erhielt gelegentlich eines besonders starken Anfalls Jodkalium in mäfsigen Dosen. Schon am nächsten Tage nach dieser Medikation klagte der Patient über Brennen im Rachen und über Schwellung und unangenehme Empfindungen in den Händen. Am folgenden Tage waren die Hände und Vorderarme bedeckt mit einem papulösen Erythem; vereinzelte Flecke zeigten sich am übrigen Körper. Jodschnupfen, Kopfweh etc. waren nicht vorhanden. Die Medikation wurde sofort ausgesetzt und der Ausschlag verschwand in wenigen Tagen. Hier waren nun allerdings die Handrücken und Vorderarme auch befallen, aber trotzdem konnte, selbst unter Nichtberücksichtigung der evidenten Abhängigkeit vom Jodkaliumgebrauch — allein nach dem Aussehen des Exanthems — die Diagnose Erythema multiforme Hebra ausgeschlossen werden.

Denn die ausgeprägtesten, am heftigsten juckenden Papeln befanden sich gruppenweise und genau symmetrisch in der Mitte beider Handteller und andere vereinzelte Papeln ebenfalls symmetrisch an der Volarseite der Finger. Aufser dem stärkeren Befallensein der Volarseite der Hände pafste auch die Gesamtanschwellung der ganzen Hände und besonders der Finger nicht zu dem Bilde des Hebraschen Typus. Es handelte sich offenbar um eine toxische Angioneurose eigener Art.

Fall V. betrifft eine anämische, im höchsten Grade nervöse Frau, welche seit langer Zeit an einer heftigen juckenden Dermatose leidet. Es treten in kurzen Intervallen rote, flache, stark juckende Papeln meist am Rumpfe und an den Armen, vereinzelt aber auch am ganzen Körper und stets in genauester Symmetrie an beiden Körperhälften auf. Dieselben sind fast immer zu dreien oder mehreren gruppiert, sehr oft in Gestalt eines halboffenen Kreises. Werden dieselben gekratzt, so entstehen auf den Papeln sofort Bläschen, die zu gröfseren, länglichen Blasen zusammenfliefsen. Nur selten entwickeln sich Blasen auf den papulösen Erythemflecken ohne äufsere Reize. Häufiger noch wandeln sich dieselben spontan in urticariaähnliche, vielgestaltige weifse Knoten um. Starke äufsere Reizungen, z. B. jedes warme Bad bringt mit Sicherheit einen allgemeinen Ausbruch des Exanthems hervor.

Die Krankheit erinnerte mithin an Urticaria chronica ebensowohl, wie an Erythema multiforme, und hätte wohl bei manchen Fachgenossen als eine Mittelform gegolten. Von der echten Urticaria schied sie die unregelmäfsige Form der Quaddeln und deren relative Seltenheit. Die Grundform des Exanthems war

ein papulöses Erythem, welches eben so viel Neigung hatte, nach dem bullösen Typus sich abzuwandeln, als nach dem urticariellen. Sodann pflegen bei echter chronischer Urticaria die Efflorescenzen mehr gleichmäfsig zerstreut den ganzen Körper zu befallen, weniger auf Gruppen von angiogenem Aufbau sich zu beschränken. Die hauptsächliche Ähnlichkeit mit Urticaria bestand in dem heftigen Jucken der Efflorescenzen.

Im ganzen stand also dasselbe der Urticaria chronica sehr nahe, jedenfalls viel näher als dem Hebraschen Typus des Erythema multiforme, was ich wohl nicht weiter zu begründen brauche. Es war — wie die Urticaria chronica — eine essentielle chronische Angioneurose, aber von eigenem Typus, der nur oberflächlich an das Hebrasche Erythema multiforme erinnerte.

Fall VI. Ein anämischer, 29jähriger Herr, der durch sein 2 Jahre bestehendes Hautleiden sehr schwach und nervös geworden ist. Dasselbe begann mit Blasen an den Ohren, die gelegentlich einer Jodkur sich zeigten. Einen Monat später traten Schmerzen in den Füfsen, besonders in der linken Ferse auf, die plantae pedum und die Hände röteten sich, schwollen an, die Fingerspitzen thaten weh. Bei nochmaligem Jodgebrauch entstanden unter Schüttelfrost und heftigem Brennen der Hände und Füfse Blasen am ganzen Körper. In der Folge — die ausführliche Krankengeschichte würde zu viel Raum in Anspruch nehmen — wiederholten sich die kleinblasigen Eruptionen in regelmäfsigen Intervallen von 10—14 Tagen ohne jede Medikation, nachdem gewöhnlich Schüttelfrost, stets Schmerzen in den Hacken, Rötung des äufseren Fufsrandes, blaurote Flecke an den Händen und eine Muskelerschlaffung der letzteren vorangegangen. Allmählich verloren sich die initialen Schüttelfröste. Der pemphigoide Charakter der Eruption verwandelte sich in einen mehr erythematös-papulösen und trat nur noch gelegentlich mehrerer Versuche, eine Arsenmedikation einzuleiten, wieder hervor. Zugleich begannen die Efflorescenzen mehr und mehr zu jucken. Dieselben besitzen jetzt das Aussehen vielgestaltiger, flacher, bläulichroter Knoten oder nur roter Flecke, die an vielen Stellen des Körpers in genauester Symmetrie und gleichzeitig auftreten und auf denen sich stellenweise noch kleine Bläschen, selten gröfsere Blasen entwickeln. Die Papeln sind fast immer gruppiert und stehen häufig in Form von Halbkreisen und Kreisen. Sie machen in etwa 8—14 Tagen einen typischen Dekursus durch, indem etwaige Bläschen eintrocknen, die Papeln sich zu einem blauroten Flecke abflachen, der unter Hinterlassung eines schwachen Pigmentfleckes verschwindet. Äufsere Reizungen haben einen grofsen Einfluſs sowohl auf schon bestehende Efflorescenzen, die dadurch leicht in gröfsere Blasen umgewandelt werden, wie auf die scheinbar gesunde Haut. So genügt ein längerer Druck auf die Vola manus, um nach einiger Zeit eine bleibende Rötung und eventuell eine frische Efflorescenz zu veranlassen.

Das hier Mitgeteilte genügt, wie mir scheint, um die Diagnosen: Pemphigus, Hydroa und Erythema multiforme Hebra auszuschliefsen. Es handelt sich genau wie im vorigen Falle um eine essentielle chronische Angioneurose, deren Grundtypus ein an Erythema multiforme erinnerndes Erythema papulatum ist.

Diesen sechs Fällen möchte ich endlich noch einen letzten anschliefsen, den ich eben bei Drucklegung dieser Arbeit beobachte.

Fall VII. Es handelt sich um einen jungen, kräftig gebauten Mann, welcher vor 4 Jahren (1886) zuerst von demselben Hautausschlage wie jetzt befallen wurde. Damals verschwand derselbe unter dem Gebrauch von Bitterwasser sehr rasch, nach zwei Tagen, trat jedoch im selben Jahre noch einmal auf. Nach zweijähriger Pause erschien er dann wieder und jetzt seit einiger Zeit zum vierten Male. Er soll jedes

mal das gleiche Aussehen besessen haben. Jetzt ist der ganze Körper, Gesicht, behaarter Kopf, Handteller und Fufssohlen eingeschlossen von symmetrischen gelbroten Flecken von Erbsen- bis Thaler- und selbst Handtellergröfse bedeckt, die sämtlich von blauroten, etwas erhabenen Rändern eingefafst und vielfach zu polycyklisch geänderten gröfseren Flächen konfluiert sind. Die Flecke schuppen nirgends ab und sind bei der Berührung zum Teil etwas empfindlich. An stärker gedrückten Stellen, an den Hinterbacken z. B. sitzen die Flecke leicht ödematösen Hautpartien auf. Überhaupt soll längerer Druck, wie bei Urticaria factitia zu den Zeiten des Ausschlags zu grofsen, umschriebenen ödematösen Anschwellungen führen. Die einfache Bestreichung der Haut bringt jedoch nicht das Bild der weifsen Leisten wie bei Urticaria factitia hervor, sondern statt dessen erheben sich in etwas den Strich übertreffender Breite sämtliche Haarbälge der Haut — eine Cutis anserina factitia. Die Flecke jucken nur, wenn sie auftreten in unerheblichem Grade, nicht während des Bestandes; beim Verschwinden hinterlassen sie eine erhöhte Berührungsempfindlichkeit, kein Pigment oder sonstige Spuren.

Sie sind zur Zeit besonders stark an den Streckseiten der Extremiten, den Schultern, Hals und Kopf ausgebildet; an den Oberschenkeln sind sie von einer bläulichen, stark cyanotischen Haut eingefafst und zum Teil zinnoberrot verfärbt. Aber zu anderen Zeiten soll nach Angabe des Patienten die Verteilung eine vollständig andere sein und den gröfsten Schwankungen unterliegen. Die Blütezeit des Exanthems ist morgens, direkt nach dem Aufstehen; es verschwindet im Laufe des Tages fast vollständig. Ich hatte Gelegenheit mich von der Richtigkeit dieser Angabe zu überzeugen. Als der Patient am Nachmittage desselben Tages photographiert werden sollte, war von dem überraschend bunten Bilde bis auf einige schwach rot geränderte gelbliche Flecke auf den Schultern nichts mehr zu sehen. Der Patient sieht die Ursache der Krankheit in Verdauungsstörungen. Er behauptet, durch Essen von etwas Fleisch sofort den Ausschlag in hohem Grade hervorrufen zu können. — Nach innerlichem Ichthyolgebrauch verschwand das Exanthem, um nach einigen Tagen in geringem Mafse noch einmal vorübergehend aufzutreten.

An Erythema exsudativum multiforme erinnerte in diesem Falle nur die rotfleckige, an den Rändern etwas erhabene Beschaffenheit des Exanthems, aber auch nur oberflächlich, sonst keines der vielen klinischen Symptome; eher hätte hier die Diagnose: Urticaria rubra gepafst, wenn nur an einer Stelle jemals es zur Entwicklung einer echten Quaddel gekommen wäre. Es war eben keines von beiden, sondern ein flüchtiges, maculös-papulöses Erythanthem eigener Art, von wahrscheinlich toxischem Ursprunge.

Ich glaube mit diesen 7, unter sich so verschiedenen Fällen, die eine Thatsache genügend erwiesen zu haben, dafs es eine grofse Reihe von angioneurotischen Exanthemen gibt, welche von dem echten Hebra-schen Erythema exsudativum multiforme vollständig und leicht getrennt werden können. Ich habe wenigstens seit Beobachtung jenes ersten Falles im Jahre 1877 niemals Schwierigkeit in meiner Praxis gehabt, auf Grund der angegebenen Kriterien diese Unterscheidung vorzunehmen. Aber die Trennung allein, die blofse Negation, dafs eine solche Angioneurose trotz mancher Ähnlichkeit kein Erythema multiforme Hebra sei, genügt auf die Dauer nicht. Wir bedürfen einer positiven Bezeichnung auch dieser

Fälle und einer genauen Definition der nunmehr positiv benannten Exantheme und zwar darf die Bezeichnung nicht zu eng gewählt werden.

Wir stehen also gerade da, wo AUSPITZ stand, als er den Namen „Erythanthema" für eine ganz neue Krankheitsgattung schuf. Da nun der Ausdruck sehr gut auf den Grundtypus des Erythema papulatum hinweist und anderweitig heutzutage nicht benutzt wird, da weiter AUSPITZ dabei ganz bestimmt eine Reihe von ähnlichen Fällen, wie ich sie eben mitteilte, im Auge hatte, wenn er auch den Begriff des Erythanthema nicht darauf beschränkte, so schlage ich vor, in Zukunft *den bisher nicht benannten, angioneurotischen Exanthemen von der Grundform des Erythema papulatum den Gesamtnamen der Erythanthemata zu verleihen.* Es bleibt dabei Spielraum genug für adjektive Zusätze, welche ätiologische oder klinische Eigentümlichkeiten der einzelnen Formen hervorheben. So werden wir uns leicht verständlich machen, wenn wir von reflektorischen, toxischen oder essentiellen, von akuten oder chronischen Erythanthemen rein erythematös-papulösen, urticariellen, bullösen oder gemischten Charakters sprechen.

Die allen Erythanthemen gemeinsame Definition ist die einer Angioneurose von erythematös-papulöser Grundform, den Begriff Angioneurose mit seinen 4 Kardinalpunkten so eng gefafst, wie ich ihn oben definiert habe.

Es versteht sich, dafs wir aus dieser Klasse von Dermatosen die Urticaria nicht auszuschliefsen brauchen und vermögen. Denn auch der Urticaria liegt derselbe, an das Flächenelement der Cutis gebundene erythematöse Typus zu Grunde. Aber unser Begriff Erythanthem umfafst durchaus nicht alle Angioneurosen. Das Erythema multiforme HEBRA und das Erythema nodosum, welche AUSPITZ hierher rechnet, gehören weiter ebenfalls nicht hierher, denn sie gehören nach unserer Definition überhaupt nicht zu den Angioneurosen, sondern zu den infektiösen Entzündungen und zeichnen sich unter diesen z. B. gegenüber der Variola, dem Erysipelas nur dadurch aus, dafs die in der Cutis zerstreuten Keime nicht nur entzündliche Zustände, sondern auch eine lokale Angioneurose in ihrer nächsten Umgebung hervorrufen. Dadurch nähern sie sich unter den akuten Exanthemen den Masern und unter den chronischen Infektionskrankheiten der Lepra (Neurolepride) und Syphilis (Neurosyphilide). Ebensowenig gehören unter die Erythantheme: die RAYNAUDsche Krankheit, die Perniosis (Frost), die AUSPITZ leider ganz unter seinen angioneurotischen Dermatosen vergessen hat, das QUINCKEsche akute Ödem. Endlich müssen auch die bei AUSPITZ als essentielle Erythantheme figurierenden Krankheiten: Impetigo herpetiformis und Peliosis rheumatica aus unserer schärfer definierten Gruppe der Erythantheme ausgeschlossen werden.

Andererseits ist aber diese neu definierte Klasse der Erythantheme auch nicht mehr fähig, wie AUSPITZ es von seinem Erythanthembegriffe wollte, noch eine ganze Anzahl neuritischer Entzündungsprozesse mit zu umfassen. Als Erythanthema neuriticum figurieren bei ihm — in vollendeter Symmetrie mit den angioneurotischen Erythanthemen — ein Erythema, Herpes, Pemphigus, Ekzema, Furunkulus und Ekthyma neuriticum und eine Purpura neuritica. Aber in Wirklichkeit liegt gar kein Bedürfnis innerhalb der Klasse der „neuritischen Dermatosen" nach einem „einheitlichen Namen für eine höchst polymorphe Gruppe von einheitlich erythematös-papulösem Grundtypus" vor. Denn solche gibt es unter den neuritischen Dermatosen überhaupt nicht. Das Erythem, welches alte Neuritiden begleitet, ist eine Stauungsdermatose, welche nach CHARCOTS und MITCHELLS Beobachtungen am meisten dem Froste ähnlich ist und wir haben soeben gesehen, daſs nicht einmal unsere gewöhnliche Perniosis, eine echte Angioneurose, zu den Erythanthemen zu rechnen ist. Die Furunkel, Ekzeme und das Ekthyma gehören natürlich noch weniger in einen Erythanthembegriff hinein.

Wie man sieht, bezeichne ich mit dem in der allzuweiten Anwendung von AUSPITZ doch unmöglichen Begriff: Erythanthem fortan nur eine scharf begrenzte Gruppe von Dermatosen, für die ein wirkliches Bedürfnis nach einem passenden Gesamtnamen bereits lange vorlag. Ich bin überzeugt, daſs die bisherige Begriffsverwirrung in der einschlägigen Litteratur zum groſsen Teile an dem Mangel einer brauchbaren Bezeichnung gerade dieser Gruppe von wahren Angioneurosen gelegen hat und mit der Einführung derselben allmählich schwinden wird. Viele einzelne Fälle, welche die Autoren bisher mit Erythema multiforme universale, Herpes Iris universalis, Herpes Iris chronicus, Herpes phlyctaenoides, Pemphigus circinatus, Urticaria rubra, Lichen urticatus etc. bezeichneten, ohne sich darüber Illusionen hinzugeben, daſs dieselben eigentlich auf keines der streng definierten Krankheitsbilder: Erythema multiforme, Herpes, Pemphigus, Urticaria paſsten, gehören in dieselbe Gruppe der Erythantheme. Man wird in Zukunft im einzelnen Falle stets zu einer allgemeinverständlichen, erschöpfenden Namengebung gelangen, wenn man dem Gruppennamen: Erythanthema zunächst die ätiologische Bezeichnung adjektivisch hinzufügt: wie reflexivum, toxicum, infectiosum, essentiale und auſserdem die Hauptform des Exanthems ebenfalls durch ein Adjektiv oder einen adjektivischen Zusatz präcisiert wie maculosum, papulosum, papulo-bullosum, urticans u. s. f.

Ich glaube, die Auffassung der angioneurotischen Dermatosen, welche ich in dem bisherigen zu begründen versucht habe, am kürzesten durch Aufstellung des folgenden Schemas analog dem AUSPITZschen rekapitulieren zu können. Die

Angioneurotischen Dermatosen

bilden eine Unterabteilung der Hauptgruppe der Cirkulationsstörungen der Haut und sind charakterisiert durch eine abnorm starke, muskulöse Reizbarkeit der Hautgefäfse. Je nach der verschiedenen Stärke und Ausbreitung des Prozesses an den Gefäfsen entstehen verschiedene „Typen", von denen man jedenfalls vier, vielleicht sogar fünf unterscheiden mufs.

Typus I. **Anämieen.**

1. Angiospasmus der Finger (tote Finger).
2. Lokale Asphyxie (anämische Form) mit Ausgang in Nekrose (Raynauds Krankheit).
3. Ergotismus.

Typus II. **Cyanosen.**

1. Livedo annullaris e frigore.
2. Perniosis.
3. Cyanotische Form der lokalen Asphyxie.

Typus III. **Ödeme.**

1. Akutes, circumscriptes Ödem (Quinckes Krankheit).
2. Urticaria factitia.

Typus IV. **Erythantheme**

d. h. Angioneurosen von angiogenem Ausbau, maculo-papulöser Grundform und bullöser oder urticarieller Abwandlung.

A. *Symptomatische Erythantheme.*

a. Reflektorische, ausgelöst von:

1. Herzkrankheiten.
2. Uterinaffektionen (Menstruation, Gravidität, Wochenbett, Climacterium).
3. Urethralaffektionen.
4. Peritonealreizungen (Echinokokken, Intermittens, Icterus, Blasen- und Darmleiden).
5. Dentitionsvorgängen (Urticaria infantum).
6. Geschmacks- und Geruchsempfindungen.

b. Toxische, hervorgerufen durch:

1. Insektenstiche, lokalbleibend (Urticaria traumatica).
2. Arzneimittel (angioneurotische Arzneiexantheme).
3. Verdauungsstörungen (Vergiftung durch Seetiere).
4. Urämie.

c. Infektiöse:

1. Roseola cholerae.
2. Roseola Variolae et Vaccinae.
3. Roseola infantilis. (?)
4. Prodromale Beugeerytheme der Variola.
5. Die oben beschriebene rötelähnliche Kinderkrankheit.
6. Remittierendes Fieber mit Phlyctaenideneruption nach Wunderlich, Gerhardt und Heubner. (?)
7. Japanisches Flufsfieber nach Baelz. (?)
8. Exanthem bei Meningitis. (?)

B. *Idiopathische (essentielle) Erythantheme*

ohne bekannte Ätiologie und daher mit rein klinischer Einteilung in:

a. Erythantheme von maculo-papulöser Form. (Fälle von bisher sogen. Erythema multiforme universale, Erythema multiforme chronicum, Urticaria rubra etc.)

b. Erythantheme von papulo-bullöser Form. (Fälle von bisher sogen. Pemphigus circinatus, Herpes Iris chronicus, Herpes Iris universalis, Herpes phlyctaenodes etc.)

c. Erythantheme von urticarieller Form.

1. Urticaria communis chronica.
2. Urticaria necrotica
3. Urticaria pigmentosa.
4. Urticaria infantum nach C. Fox (Lichen urticatus).

Typus V. **Blutungen.** (?)

A. *Symptomatische.*

a. Reflektorische (bei Neuralgien, Hysterischen).
b. Toxische (durch Jod, Salicylsäure).
c. Infektiöse (Prodromale Blutungen bei Variola).

B. *Idiopathische. (?)*

Peliosis rheumatica (nach Auspitz).

Wenige Bemerkungen werden zum Verständnis dieses Schemas genügen.

Dafs unter den Angioneurosen nach anämischem Typus der gewöhnliche pallor cutis keinen Platz hat, auch dann nicht, wenn er auf nervöser Grundlage beruht (Hautblässe durch Zorn und Schreck), versteht sich nach allen bisherigen Erörterungen von selbst. Ich erwähne dies nur, weil in dem entsprechenden Kapitel der „reinen Angioneurosen" in Schwimmers System alle Anämieen unter den Angioneurosen rubriciert sind. Eine entsprechende Bemerkung ist auch bei dem zweiten, dem

Typus der Cyanosen am Platze. SCHWIMMER stellt die einfache Cyanose und den Livor cutis hierher, ich kann nach meiner Definition der Angioneurosen nur die Livedo anullaris e frigore als solche zulassen. In der ungleichmäfsig netzförmigen Zeichnung dokumentiert sich schon eine auf den Kältereiz abnorm reagierende Muskelaktion der Hautgefäfse. Zuerst gibt sich die venöse Stauung nur als graublaue Marmorierung an den Extremitäten zu erkennen, indem die Flächenelemente daselbst rascher ihr Blut entleeren als das kollaterale Netz. Bei stärkerem Venospasmus tritt aber auch Blutfarbstoff aus und es resultiert jenes schon im Kapitel der Stauungshyperämie beschriebene, für einen fast physiologischen Vorgang ungemein bunte Bild.

Wenn ich hier mit dem verdienstvollen Autor der „neuropathischen Dermatonosen" nicht übereinstimmen kann, weil ich den Begriff der Angioneurosen wesentlich enger fasse, so bedauere ich auf der anderen Seite, dafs weder SCHWIMMER noch AUSPITZ den eigentümlichen Symptomenkomplex, welchen wir mit „Frost" bezeichnen, endlich würdig in die Reihe der eigenartigen Dermatosen und zwar gerade unter die Angioneurosen eingeordnet hat. Die fehlerhafte Stellung der Pernionen bei den Erfrierungen im HEBRAschen System ist schon wiederholt von mehreren Seiten betont worden. Aber der alte Irrtum ist deshalb so schwer auszurotten, weil der Begriff: Pernio, die Frostbeule, selbst noch durchaus nicht den ganzen Symptomenkomplex des „Frostes" bezeichnet. Ehe wir aber einen solchen nicht besitzen, wird die Pernio stets als Anhängsel am Kapitel der Erfrierung ein unwürdiges Dasein führen. Ich suche diese Lücke auszufüllen, indem ich das deutsche „Frost" mit „Perniosis" übersetze. Diese figuriert nun, wie sie es schon lange hätte thun sollen, unter den Angioneurosen neben der lokalen Asphyxie.

Von den Urticariaarten gehört unter die Angioneurosen des Ödemtypus nur die Urticaria factitia in ihren verschiedenen Abstufungen, während die übrigen Formen der Urticaria allen Anforderungen an den Begriff des Erythanthems genügen und deshalb dem nun folgenden, vierten Typus zugesellt sind.

Eine Reihe reflektorischer Erythantheme habe ich, als durch Peritonealreizungen hervorgerufen, zusammengefafst. Allgemein bekannt und oft beobachtet sind die, meist urticariellen, Erythantheme nach der Punktion von Echinokokkusblasen. Ebenso sicher festgestellt ist das Vorkommen reflektorischer Erythantheme bei Gallensteinkoliken (LITTEN) und es liegt sehr nahe die bei Icterus[1] und Intermittens auftretenden urticariaähnlichen Exantheme deshalb ebenfalls auf eine Peritonealreizung zurückzuführen, nämlich auf die Spannung, welche die akut anschwellende

[1] S. den oben von mir mitgeteilten Fall.

Gallenblase und Milz ihrem Peritonealüberzuge erteilt. Es spricht sehr für diese Auffassung, dafs jene Exantheme parallel den Gallenblasen- resp. der Milzschwellung zu- und abnehmen.

Es könnte auffallend erscheinen, dafs ich das Pellagra und die Acrodynie nicht, wie es oft geschehen ist, den toxischen Angioneurosen anreihe. Aber die Grundform dieser Erytheme ist nicht die maculo-papulöse, sondern eine einfach erythematöse. Beim Pellagra tritt an den belichteten Stellen des Körpers eine diffuse Rötung auf, der sich später nur Abschuppung und Pigmentierung hinzugesellen und soviel wir über die Akrodynie wissen, handelt es sich auch bei ihr um diffuse Erytheme der Hände und Füfse, denen eine bedeutende Abschiebung der Hornschicht folgt. Auch die bei letzterer Krankheit beschriebenen Blasen an den Händen und Füfsen scheinen mir nur das Analogon einer solchen Exfoliation (Exfoliationsblasen) zu sein, keineswegs ein Beweis für die bullöse Abwandlung eines zu Grunde liegenden papulösen Erythems.

Über die zweite Hauptabteilung der Erythantheme, die idiopathischen (essentiellen, Auspitz) brauche ich dem Schema nicht viel hinzuzufügen. Gewifs mufs es jedem auffallen, dafs bisher nur die zur dritten Gruppe gehörigen, urticariellen Erythantheme sich besondere Eigennamen erworben haben und damit in die Reihe anerkannter Hautkrankheiten eingetreten sind. Es ist natürlich nur eine Frage der Zeit, wann derselbe Vorzug auch den idiopathischen Erythanthemen der ersten beiden Gruppen zuteil wird. Aufmerksamkeit hat man denselben bereits seit langer Zeit, besonders von Seite der inneren Mediziner geschenkt. Aber die unglückliche Verquickung dieser interessanten, eigentümlichen Exantheme mit dem Hebraschen Erythema exsudativum multiforme, auch von Seite höchst angesehener Dermatologen, verhinderte bisher ihre gesonderte Würdigung. Weder das Hebrasche polymorphe Erythem noch das Erythema nodosum haben in unserem Schema der Angioneurosen Platz. Sie bilden, zusammen mit den Neurolepriden und Neurosyphiliden eine kleine, aber höchst lehrreiche Abteilung der Hautentzündungen für sich, nämlich die Gruppe der infektiösen Dermatitiden mit komplizierender (allgemeiner oder lokaler) Angioneurose, die einen weit weniger flüchtigen Charakter besitzen, als die wahren angioneurotischen Exantheme. Jetzt, nach dem auch jene Ausschlagsformen einen gesicherten, gesonderten Platz und einen Gattungsnamen (Erythantheme) erhalten haben, werden wir hoffen dürfen, in kurzer Zeit eine gröfsere Reihe einschlägiger Fälle richtiger als bisher aufgefafst mitgeteilt zu erhalten, und dann erst kann die Zeit kommen, wo bestimmten häufiger wiederkehrenden Formen specielle Eigennamen zugelegt werden.

Nur eine Warnung möchte ich der so gestalteten Gruppe idiopathischer Erythantheme mit auf den Weg geben. Es liegt nämlich die Gefahr vor,

dafs diese eben von den unnatürlichen Beziehungen zum echten Hebra-schen polymorphen Erythem befreiten Ausschläge, — wiederum wegen einer oberflächlichen Ähnlichkeit — mit einem anderen, moderneren Krankheitstypus verwechselt werden, mit der Duhringschen Dermatitis herpetiformis. (Hydroa Bazin, Tilbury Fox). Die Erythantheme wie die Hydroaformen sind beide sehr polymorph und bauen sich beide auf einer erythematösen Basis auf. Hier wie dort haben wir Grund, allgemeine Nervenstörungen anzunehmen. Aber die Dermatitis herpetiformis führt stets Störungen der sensiblen Nerven mit sich und ist deshalb ein viel quälenderes Leiden als es die meisten Erythantheme sind; selbst die schlimmsten Formen von Urticaria sind weniger pruriginös als die Hydroafälle im Durchschnitt; meist verlaufen die Erythantheme dagegen ganz empfindungslos. Sodann ist die Duhringsche Krankheit ein eminent chronisches, typisch recidivierendes Leiden, in jedem Falle eine ernste Nervenstörung. Die Erythantheme andrerseits haben meist akuten Verlauf, ziehen sich nur selten in die Länge und recidivieren nicht mit derselben Hartnäckigkeit. In allen diesen Beziehungen habe gewisse Urticariafälle noch am meisten Berührungspunkte mit der Duhringschen Krankheit gemein; aber gerade diese sind wiederum durch die Eigentümlichkeit des Exanthems so leicht von den Hydroaarten zu unterscheiden, dafs eine Verwechslung kaum in Frage kommen kann.

Mit grofsem Vorbehalt habe ich endlich einen Typus: Blutungen der Klasse der Angioneurosen eingereiht, weniger aus eigener Überzeugung als weil Auspitz und auch Schwimmer keinen Anstand nehmen, rein angioneurotische Blutungen zuzulassen. Wie aus dem Kapitel: Blutung erinnerlich, ist die Gruppe der „nervösen Blutungen" noch die bestrittenste und unerklärteste von allen; aber immerhin mufsten wir auch dort die Möglichkeit zugeben, dafs einige Hämorrhagieen, so besonders die neuralgischen und hysterischen, rein nervöser Natur seien. Wohlverstanden, kann es sich hier nicht um jene immerhin unbedeutenden Diapedesen handeln, welche auf dem Höhestadium andersartiger Effloreszenzen auftreten. Diese sind sogar bei allen Cyanosen und Erythanthemen etwas nicht Ungewöhnliches und führen zur Pigmentation der Hautstellen nach der Abheilung. Aber sie erfordern keinen eigenen Typus, sondern schliefsen sich als seltenere Komplikationen den Typen der Cyanosen und Erythantheme an.

Hier handelt es sich vielmehr um die Frage, ob ohne vorausgehendes Erythem und ohne bereits bestehende Cyanose direkt Blutungen auf der normalen Haut lediglich unter dem Einflufs einer besonderen Irritabilität der Gefäfsmuskulatur entstehen. Man könnte auch hier wie bei den Erythanthemen: Symptomatische und idiopathische Blutungen unterscheiden und die ersteren wieder in reflektorische, toxische

und infektiöse einteilen. Am ehesten wäre ich geneigt, die neuralgischen und hysterischen Blutungen als wahre, reflektorische Angioneurosen zuzugeben. Sehr fraglich erscheint es mir jedoch, ob toxische und und infektiöse Einflüsse auf anderem Wege als dem einer Veränderung des Gefäfsinhaltes direkt zu Blutungen führen können. Noch problematischer ist endlich die Aufstellung von idiopathischen Purpuraformen auf angioneurotischer Basis. Man kann jedoch auch hier, ohne an die lediglich angioneurotische Natur der Blutungen bei Schönleins Peliosis rheumatica zu glauben, Auspitz zugeben, dafs, wenn irgend eine Purpuraform, dann diese durch ihre relative Flüchtigkeit, die an Quinckes akutes Ödem erinnernden Gelenksschwellungen und die geringe Störung des Allgemeinbefindens am ehesten ein Anrecht hat, in den Kreis der Angioneurosen hineingezogen zu werden.

Versammlungen.

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Juli 1890.

(*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 573.)

Hallopeau und Goupil stellen einen Mann mit einer grofsen Zahl von **Knoten an der linken Unterextremität** vor. Diese Knoten sitzen teils in, teils unter der Haut, fliefsen am Fufs zusammen, während sie am Oberschenkel dem Lauf der Lymphgefäfse folgen; die meisten sind ulceriert und entleeren entweder Eiter oder eine der Lymphe in allen Teilen gleiche Flüssigkeit. Die Knochenenden scheinen verdickt; das ganze Bein ist ödematös geschwollen. — Hallopeau und Goupil nehmen an, dafs sie es mit einer **tuberkulösen Lymphangitis** zu thun haben.

Barthélemy teilt mit, dafs er bei der **Sektion** von 28 totgeborenen oder gleich nach der Geburt gestorbenen **hereditär-syphilitischen Kindern** 14 mal weder makroskopische, noch mikroskopische Veränderungen gefunden habe.

Jacquet bespricht das Verhältnis von **Pruritus und Quaddelbildung.** Bei zwei Fällen von heftiger Urticaria, bei denen ihm seine bekannte Watteeinwickelung gute Dienste leistete, konnte er Folgendes beobachten: In dem einen Fall entstand Pruritus von selbst oder nach geringen Hautreizen, während Quaddeln erst nach starkem Druck oder Reiben sich zeigten; ihrem Erscheinen brauchte dann aber kein Pruritus voraufgegangen zu sein. — Im zweiten Fall liefsen sich zwei Formen des Pruritus unterscheiden; die eine ging mit bedeutender Urticariabildung einher und war vermutlich vaso-dilatatorischen Ursprungs; die andre verlief ohne Quaddelbildung und hatte zweifelsohne in den nervösen Hautelementen ihren Sitz. — Lailler meint, dafs man eine Heilwirkung auch mit einer einfachen Kautschuk Einwicklung erzielen könne. Dem widerspricht E. Besnier. — Hardy weist auf das Umständliche der Einwicklung bei allgemeinem Pruritus hin.

Charles Mauriac berichtet über einen Fall, in welchem der Mann **4 ¾ Jahr nach Entstehen der Syphilis,** und trotzdem diese sehr leicht verlief, seine Frau

angesteckt hat. Hardy und Fournier bestätigen, daſs es sehr schwer sei, zu bestimmen, wann der Syphilitiker heiraten dürfe. Fournier kennt Fälle von Übertragung in der Ehe 15 Jahr nach der primären Ansteckung. Das rühre daher, weil die Syphilis noch in einer späten Periode anscheinend sekundäre Symptome, wie Erosionen der Eichel, Psoriasis palmaris u. s. w., hervorrufen könne. Er warnt aber vor der Annahme, die von Hardy, Mauriac vertreten wird, als ob eine Frau auch von einem Manne angesteckt worden, der keine Spur syphilitischer Erkrankung aufweise.

Du Castel spricht über die Ätiologie der **verhärteten Pseudo-Schanker bei alten Syphilitikern**. Er erblickt in dieser Erscheinung nur einen weitern Beleg für den Einfluſs von Traumen und sonstigen Schädlichkeiten auf das Aktivwerden der syphilitischen Diathese.

E. Gaucher: Über einen Fall von **Tabes**, vier Jahre nach Beginn einer vernachlässigten Syphilis. Drei Jahre lang wird der syphilitische Ursprung der Krankheit übersehen. Alsdann specifische Behandlung und Heilung in zwei Monaten. —

Gemy berichtet über einen Fall von **Dermatitis exfoliativa generalisata**, der nach einer einfachen Erkältung entstanden war und ohne Fieber, ohne Blasen und Vesikeln verlief. — Derselbe berichtet ferner über einen Fall von **Ulcus durum der Unterlippe**, das vollkommen unverdächtig aussah und anfangs für ein Herpesbläschen gehalten wurde, bis der weitere Verlauf über seine wahre Natur aufklärte.

Türkheim-Hamburg.

Verhandlungen der russischen syphilido-dermatologischen Gesellschaft in St. Petersburg.

(*Wratsch.* 1890. No. 40).

Dr. Ussass führt 3 Patientinnen mit schweren **gummösen Formen** der Tertiärperiode vor. Bei der ersten erfolgte die Infektion vor 8 Jahren. Behandlung war unregelmäſsig. Kaum waren einige Ulcera vernarbt, als wieder neue auftraten. Dr. U. ordinierte Decoct. Zittmanni bis 2—3 Stühle täglich erfolgten. Nach 2 Monaten Vernarbung. Nach der Influenza erneute Eruption von Ulcera. Abermals Decoct. Zittmanni, in 2 Monaten derselbe Erfolg wie oben.

Die zweite Patientin, 14 Jahr alt, Gummata, Geschwüre an den Füſsen, Caries der Stirnbeine, Frakturen beider Oberarme. Ordination: Decoct. Zittmanni 6 Unzen pro die. Vernarbung sämtlicher Defekte. Bei diesem Fall ist so recht in die Augen springend, wie ungerechtfertigt die Beschuldigungen gegen das Hg, als ob es Knochenfrakturen begünstige. Patientin hatte nie Hg gebraucht.

Dr. Kulnjeff erzählt hierzu einen Fall von **Fraktur der Clavicula**, die ein Patient sich acquirierte, indem er ein Hemd anzog.

Die dritte Kranke, 36 Jahr alt, vor 8 Jahren infiziert, teils mit Hg teils mit Jodkali behandelt. Vor kurzer Zeit Gummaeruptionen. Decoct. Zittmanni, welchen die Kollegin Jeltzin ordiniert hatte, war erfolglos; glänzend bewährte sich die von Dr. Ussass angewandte Wärmeapplikation.

Dr. Tschistjakoff zeigt eine 18jährige Prostituierte, die am 7./9. ins Kalinkinhospital eingetreten war. **2 Ulcera mollia** am Introitus vaginae **und ein 3. autoinoculiertes**, etwas tiefer. Schlieſslich bemerkte man am Metacarpophalangealgelenk des Mittelfingers der linken Hand einen Eiterherd mit einem grellen Hof. Die Diagnose wurde auf Ulc. molle gestellt. Incision, Abimpfung auf den Vorderarm, woselbst sich auch ein charakteristisches Ulcus molle entwickelte.

Quoad das von Petersen so gerühmte **Pyoktanin** bemerkt Vortragender, dafs er es in verschiedener Form und Koncentration angewandt, aber wenigstens bei Ulcus molle keine guten Resultate erhalten habe.

Dr. Ussass hält den Beweis für wirkliches Ulcus molle durch Inoculation nicht für absolut zwingend, da hier individuelle Verhältnisse mitspielen und eben nicht jede Haut für alle Krankheitserreger gleich empfänglich sei.

Dr. Kohan meint, Pyoktanin dürfe, wie ja auch schon der Name sage, nur bei reichlich eitrigen Wunden angewandt werden.

Dr. Majeff, Privatdocent, hat das **Pyoktanin** an dem grofsen Material des Nikolaimilitärhospitals versucht, hat aber bei Ulc. molle auch keine befriedigenden Resultate erhalten, so dafs er häufig und mit besserem Erfolge zu den früheren Behandlungsmethoden griff.

Dr. Usass führt einen Kranken vor mit einem **gangränösen Ulcus molle penis und einem autoinoculierten Ulcus molle der Nasenspitze.**

Dr. Kohan zeigt einen Kranken mit **Primärinduration auf der Oberlippe,** wahrscheinlich herbeigeführt durch gemeinsame Benutzung von Tischgeschirr.

Dr. Tschistjakoff legt das ihm von dem Verein zur Zusammenstellung übertragene Programm zur Rubricierung und **Sammlung der extragenitalen Infektionen mit Syphilis** vor. Dasselbe weist folgende Rubriken auf: 1) Name des Referenten, Zeit und Ort der Beobachtung. 2) Alter, Gewerbe und gesellschaftliche Stellung des Patienten. 3) Angabe des anatomischen Ortes der Initialsklerose. 4) Daten a) welche zur Diagnose auffordern, b) welche dieselbe bestätigen. 5) Zustand der Lymphdrüsen in den der Eingangspforte des Syphilisvirus zunächst gelegenen Regionen. 6) Zeitpunkt, Quelle und Art der Infektion. 7) Anmerkungen.

Im Anschlufs daran zählt Vortr. die von ihm im Laufe des Sommers behandelten extragenitalen Schanker auf: 1. Patient 22 Jahr alt, im Juli an einer Angina behandelt. 3./9. wird bei ihm von Prof. Tarnowsky die Diagnose Ulcus indurat. beider Tonsillen gestellt.

2. Kammermädchen 15 Jahr alt, aus dem Ambulatorium von Dr. Lewy am Kalinkinhospital. Ulcus indur. der linken Tonsille.

3. Oberst, 38 Jahr alt, Ulcus indur. der linken Unterlippe.

4. Prostituierte 23 Jahr alt, Schanker der Oberlippe.

5. Bäuerin, welche 8 Monat ihr Kind gestillt hatte, darauf in das Findelhaus eintrat. Schanker der Brustwarze.

Dr. Stepanoff referiert von einer Frau, welche im Findelhaus hintereinander acht Kinder gestillt hatte, schliefslich bekam sie vor 2 Monaten Schanker auf beiden Brustwarzen. *Kroug-Hungerburg-Narwa.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Zur Pathogenese der Hauterkrankung bei einigen vasomotorischen Dermatosen, von L. Jacquet. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 6. S. 487 ff.) In einer früheren Arbeit (*Annal. de derm. et de syph.* 1888. S. 529) hatte J. nachgewiesen, dafs, wenn man in Fällen von allgemeiner, heftiger Urticaria die Haut vollständig

von der Aufsenwelt abschliefst (z. B. durch Watteeinwickelung) Jucken und Quaddeln sofort völlig verschwinden. Er schlofs daraus, dafs es bei der Urticaria eine idiopathische Quaddelbildung überhaupt nicht gebe, dafs letztere immer nur das Erzeugnis eines äufseren Einflusses — kalte Luft, Kratzen u. s. w. — sei; das wahre Wesen der Urticaria bestehe vielmehr ausschliefslich in der vasomotorischen Neurose; die Dermatose ist nur ein sekundäres Symptom. Diesen Satz dehnt Verf. nun in der vorliegenden Abhandlung auch noch auf andere Dermatosen aus und beleuchtet ihn an 2 Fällen aus der Klinik von E. Besnier. In dem einen Falle handelte es sich um eine Erythrodermia pruriginosa mit beträchtlicher Verdickung der Haut, Abschuppung und ekzematösem Ausschlag; im anderen um einen Lichen ruber acuminatus. — Jacquet tritt mit dieser seiner pathogenetischen Auffassung des Lichen ruber acum. — die er übrigens sehr geschickt vorzutragen weifs — in bewufsten Gegensatz zu Unna, der einen parasitären Ursprung annimmt. — Ist Jacquets Standpunkt der richtige, so kann er mit Recht verlangen, dafs man in Zukunft nicht mehr von pruriginösen Eruptionen, sondern von einem eruptiven Prurigo spreche.

In einer Anmerkung betont er, dafs die Einwickelungen, wenn sie Erfolg haben sollen, recht gründlich und methodisch, so wie die chirurgischen Verbände, ausgeführt werden müssen. *Türkheim-Hamburg.*

Das Thiol in der Therapie der Hautkrankheiten, von Dr. Buzzi. (*Charité-Annalen.* Bd. XV. 1890.) Der Verf. hat in der Klinik des Herrn Prof. Schweninger ausgedehnte Versuche mit dem obigen neuen Arzneimittel gemacht mit so vorzüglichen Erfolgen, dafs selbst die des Ichthyols dadurch übertroffen werden. Denn, wie das letztere, hilft Thiol bei sehr vielen Hautkrankheiten ausgezeichnet, so zwar, dafs, wenn sich die Erfahrungen des Verfassers auch anderweitig bestätigen, man nur noch sehr wenig anderer Arzneimittel in der Dermotherapie bedürfen wird. Aufserdem aber hat das Thiol vor dem Ichthyol noch verschiedene Vorteile: das Ichthyol ist unrein und wirkt oft reizend, das Thiol ist rein und reizt nie; das Ichthyol riecht schlecht, das Thiol nicht; das Ichthyol ist theuer, das Thiol halb so theuer; das Ichthyol fleckt die Wäsche, das Thiol nicht.

Wer sich von der Bedeutung dieses neuesten Medikaments überzeugen will, möge den Artikel selbst durchlesen.

Dreckmann-Recklinghausen.

Die verschiedenen Ernährungsstörungen der Haut infolge artificieller Dermatitis, von Ch. E. Quinquaud. (*Tribune méd.* 1890. Nr. 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31.) In dieser sehr wichtigen Abhandlung untersucht der Verf., der gleichzeitig Kliniker und Chemiker ist, mit Hilfe exakter Methoden die verschiedenen Störungen, die eine eingreifende Läsion der Haut verursachen. Zuvörderst stellt er die normalen Verhältnisse fest, d. h. Zahlen, die den physiologischen Zustand des Versuchstieres angeben, dessen Stoffwechsel er untersuchen will. Zu diesem Zwecke bestimmt er folgende Punkte:

1. Den arteriellen Druck, welchen er mit Hilfe eines Quecksilbermanometers mifst.
2. Die gleichzeitigen Ausflufsmengen aus einer Arterie und Vene während 5 oder 10 Sekunden.
3. Den Zuckergehalt des Blutes, der mit Hilfe der Gärung im Vacuum bei 40° festgestellt wird.
4. Den Harnstoff des Blutes.
5. Die respiratorische Kapazität.

Das Versuchstier wird 14 Tage bis einen Monat lang entsprechend ernährt, bis die Wunden an den Gefäfsen vernarbt sind. Hierauf werden die chemischen Umsetzungsprodukte der Atmung 8 oder 14 Tage lang gemessen, das Mittelmafs entsprechend dem Gewicht des Tieres genommen und seine Temperatur aufgezeichnet. Die ganze Zeit hindurch wird alle Tage der Urin einer Analyse unterworfen.

Erst jetzt erzeugt QUINQUAUD eine artificielle Dermatitis, die gewöhnlich in einer intensiven Brandwunde der Hautdecke besteht, und nimmt sofort die Temperatur des Tieres auf, mifst die chemischen Umsetzungsprodukte der Atmung, und macht regelmäfsige Analysen des Urins. Weiter mifst er den arteriellen Druck, die Ausflufsmenge des Blutes, die Blutgase, den Zucker und Harnstoffgehalt des Blutes. Das Tier wird hierauf getötet durch einen Einstich in den Bulbus und es wird eine Untersuchung der inneren Atmung in den Geweben vorgenommen unter Beobachtung einer antiseptischen Methode, die der Verf. noch in diesem Jahre zum Gegenstand einer Mitteilung in der biologischen Gesellschaft gemacht hatte. Zum Schlufs wird der Zucker- und Harnstoffgehalt in den verschiedenen Geweben und das Glykogen der Leber bestimmt und endlich werden die anatomisch pathologischen und bakteriologischen Veränderungen der inneren Organe festgestellt.

Wir waren bestrebt, die Schilderung fast wortgetreu wiederzugeben, in welcher der Verf. das von ihm ausgeübte Verfahren auseinandersetzt, denn die Bedeutung, die man den erhaltenen Resultaten beilegen mufs, steht in direktem Verhältnis zu dem Wert der angewandten Methode. Was die Versuche anbetrifft, können wir diese nicht eingehen bis ins einzelne der zahlreichen chemischen Analysen, auf die sich QUINQUAUD bei seinen Schlüssen stützt, sondern beschränken uns auf folgende:

1. Der Tod kann infolge einer eingehenden Läsion der Haut eintreten, selbst dann, wenn dieselbe von keiner bedeutenden Ausdehnung ist.

2. Die Brandwunden rufen mannigfaltige Störungen in den verschiedenen Funktionen und in den einzelnen Gewebsarten hervor.

3. Die Ausscheidung der Kohlensäure durch die Lunge wird herabgesetzt in dem Augenblicke, wo die Hautverletzung erfolgt ist; bald tritt eine vorübergehende Steigerung ein, zuletzt eine fortschreitende Verminderung bis zum Tode. Die Mengen des aufgenommenen Sauerstoffs machen dieselben Schwankungen durch; gleichwohl können sekundäre Infektionen erhöhte Temperaturen erzeugen und dann bewegt sich die CO_2-Ausscheidung im umgekehrten Sinne, sie steigt in einem vorgeschrittenen Stadium der Hautentzündung; die Sauerstoffaufname läuft ihr bei weitem nicht immer parallel; häufig bleiben Temperatur, Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureausscheidung nicht in dem konstanten Verhältnis bei einander, es erfolgt eine Störung des Stoffwechselgleichgewichts [désharmonie nutritive), wichtig vom Standpunkt der pathologischen Physiologie.

4. Die innere Atmung in den Geweben und insbesondere in den Muskeln bleibt bis in einem weit vorgerückten Stadium der Brandwunden unverändert; gleichwohl beobachtet man in den letzten Augenblicken des Lebens eine mit den niedrigen Temperaturen zusammenfallende Verminderung derselben.

5. Die Untersuchung der Blutgase läfst eine leichte Erhöhung des Stoffwechsels während der ersten Stunden nach dem Eingriff feststellen; die prädominierende Erscheinung ist jedoch eine Verlangsamung des Stoffwechsels im Gebiete der Kapillaren; bei einzelnen Versuchen war dieselbe um das dreifache geringer als im normalen Zustande, während die Sauerstoffaufnahme kaum erhöht war und die CO_2 in vermindertem Mafse ausgeschieden wurde.

6. Drei Tage nach erfolgter Läsion beginnt eine Abnahme der respiratorischen Kapazität des Blutes, und wenn das Versuchstier den 7., 8. 10. Tag überlebt, sinkt

dieselbe bis auf die Hälfte ihres normalen Wertes; dies ist eine Erscheinung von hoher Bedeutung, die uns zum Teil das Eintreten des Todes nach der experimentell verursachten Brandwunde erklärt.

7. Die Läsion veranlafst häufig eine leichte Vermehrung des Harnstoffgehalts des Blutes während der ersten Tage, doch die Vermehrung ist besonders ausgesprochen in dem dem Tode näheren Zeitabschnitte; die Erhöhung des Harnstoffgehalts ist zuweilen eine ganz bedeutende und scheint sich mehr auf eine Insuffizienz der Nieren zu beziehen als auf eine übertriebene Harnstoffbildung; diese gegen das Lebensende auftretende Urinämie spielt eine wichtige Rolle unter den Todesursachen. In einigen Fällen ist jedoch die Harnstoffmenge des Blutes vermindert.

Der Harnstoffgehalt der Muskel und der Leber unterliegt in gleicher Weise verlaufenden Schwankungen.

8. Der Zuckergehalt des Blutes und der Gewebe sinkt gegen den dritten Tag, doch dies Sinken ist häufig nur schwach ausgesprochen, selbst in einem dem Lebensende nahen Augenblick; in dieser Zeit genügt eine Haemorrhagie, um die Menge des Zuckergehalts des Blutes zu vermeiden.

9. Das Glykogen der Leber vermindert sich in starkem Mafsstabe gegen den fünften Versuchstag; diese bis zum vollständigen Verschwinden gehende Verminderung ist eine der Todesursachen.

10. In einem vorgerückten Stadium ruft die Dermatitis ein Sinken des arteriellen Druckes hervor, der bis auf die Hälfte seines physiologischen Wertes herabgehen kann.

11. Die Ausflufsmengen aus den Gefäfsen werden häufig um das 12—15fache geringer als im normalen Zustande am 2. oder 8. Tage derVerbrennung.

12. Unter dem Einflufs der artificiell hervorgerufenen Hautentzündung vermindern sich die gährungsfähigen Bestandteile des Harnes; in gleicher Weise die Phosphorsäure und der Harnstoff; dasselbe gilt für den Stickstoff, der nach der modificierten Dumasschen Methode berechnet wurde. Diese Verminderung der Exkretionsprodukte kann mit einer Erhöhung der Temperatur einhergehen.

13. Unter dem Einflufs der Dermatitis beobachtet man geringe Vermehrung des Wassergehalts der Muskeln; in einer dem Tode nahen Periode jedoch eine schwache Dehydration.

14. Am schwersten schädigen den Organismus toxische Substanzen, die wahrscheinlich von der Haut stammen; die Mikroben an der Oberfläche der Ulcerationen dringen selten in das Blut ein.

15. Kurz, die Todesursachen beruhen auf progressiven Störungen des Stoffwechsels, die wichtigsten derselben sind: Das Verschwinden des Glykogens der Leber, die verschiedenen Blutalterationen, der verlangsamte Stoffwechsel der Gewebe, die schliefsliche Verminderung der inneren Atmung, endlich die Gegenwart toxischer Substanzen im Blut und in den Geweben.

Die Frage der Genese dieser accidentiellen Erscheinungen ist somit eine komplizierte und gerade dieser Umstand erklärt uns den so häufigen Mifserfolg der therapeutischen Versuche. *E. Jeanselme-Paris.*

Cirkulationsstörungen.

Jodkalium, ein Heilmittel der Urticaria, von Dr. Edmund Stern, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Mannheim. (*München. med. Wochenschr.* 1890. No. 40.) Verf. preist das Jodkalium (5 : 200 3 mal tgl. 1 Eßlöffel) als ein Mittel, das in einigen Fällen von akuter, subakuter und chronischer Urticaria ganz ausgezeichnet wirkte. Nebenher erwähnt Verf. das Vorkommen einer syphilitischen Urticaria neben Syphiliden der Sekundär- und neben Hirnerkrankungen der Tertiärperiode. Über diese Formen will sich Verf. an einer anderen Stelle äußern. *Leistikow-Hamburg.*

Über ein masernähnliches Exanthem bei Typhus, von Dr. H. Neumann. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1890. No. 26). Verf. beschreibt einen Fall von Typhus abdominalis, bei dem in der dritten Krankheitswoche ein masernähnliches Exanthem auftrat, das ohne den Krankheitsverlauf zu beeinflussen, nach wenigen Tagen wieder verschwand. Gleichzeitig mit dem Exanthem kam eine Ausscheidung des Streptococcus pyogenes durch die Nieren zur Beobachtung. Durch diese Koincidenz glaubt der Autor die Natur des Exanthems aufklären zu können. Er nimmt an, daß eine bakterielle Überschwemmung des Kapillargebiets stattgefunden habe, welche in der Haut und im Nierensekret der wissenschaftlichen Erkenntnis zugänglich ist. Es handelt sich hier um eine Sekundärinfektion durch den Streptococcus, welche höchstwahrscheinlich von den typhösen Darmgeschwüren ausgegangen ist.

Leistikow-Hamburg.

Ein schwerer Fall von Morbus maculosus Werlhofii, von Dr. Fritz Kunze, Hirzenhain. (*Allgem. med. Centr.-Ztg.*, 1890. 64. Stück). Verf. bringt die Krankengeschichte eines höchst interessanten Falles von schwerer allgemeiner Purpura, welche bei einem 7jährigen Mädchen im Anschlusse an Masern auftrat. 8 Tage, nach Ablauf der Masern traten zuerst an den Armen, schließlich auf dem ganzen Körper rote Punkte auf, die sich allmählich vergrößerten und alsbald eine schmutzig dunkelblaue Farbe annahmen. An vielen Stellen konfluierten die Flecken. Daneben Blutungen aus dem Zahnfleische und Nasenbluten. Stuhl theerartig schwarz gefärbt. Auf beiden Bulbi subconjunctivale Blutergüsse. Mehrere Flecke an der Vulva, dem harten und weichen Gaumen. Urin stark blutig gefärbt. Das Kind verlor täglich 500 ccm Blut durch den Urin. Am 7. Tage war der Urin nicht mehr blutig gefärbt und zeigte einen weißlich grauen Niederschlag. Mit dem Auftreten des letzteren nahm auch das Exanthem ab und in weiteren 5 Tagen war der Urin normal und die Flecke verschwanden. Fieber bestand niemals.

Möglicherweise haben wir es hier mit einer Infektion des Körpers durch ein organisiertes Gift zu thun, wogegen allerdings der fieberlose Verlauf spricht. Oder aber, es ist durch die Maserninfektion eine größere Verletzlichkeit der Kapillaren bedingt worden, die zu den Blutaustritten führte. Oder endlich, es ist mit dem Masernvirus ein anderer spezifischer Krankheitserreger eingedrungen, der eine fieberhafte Erkrankung im Körper hervorgerufen, die aber mit den Masern zeitlich zusammenfiel, und der erst nach Ablauf des Fiebers als charakteristische Folgeerscheinung die Blutungen verursachte. *Leistikow-Hamburg.*

Über Salipyrin, von Dr. P. Guttmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 37.) Bei dem von G. versuchten Antipyreticum „Salipyrin" ist in einem Falle ein Arzneiexanthem über den ganzen Körper verbreitet beobachtet worden, welches wesentlich

in Papelnform bestand, hier und da auch urticaria-ähnlich war, also in derjenigen Form, wie man das Exanthem auch nach Antipyringebrauch mitunter beobachtet. Das Exanthem hat keine Bedeutung; es verschwand bei den Kranken unter allmählicher Abblassung nach 3—4 Tagen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta (Brocq). Hydroa acuta (Unna) mit einzelnen Elementen der Impetigo herpetiformis, von Hautecoeur. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft I. S. 38 ff.) Der Titel enthält bereits das Wesentliche. Der Fall betraf eine 39jährige Dienerin. Sitz des Ausschlags waren namentlich die Extremitäten. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Pathogenese der Erytheme. — Erythema polymorphum. Erythema scarlatiniforme, von E. Besnier. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. No. 1.) Das Erythema polymorphum paſst nicht mehr in die engen Grenzen, die Hebra ihm einst gezogen; eine ganze Reihe von Erythemen mit demselben Verlaufe, aber von anderem Ursprung, gehören ebenfalls hierher. Freilich darf man nicht jeden Ausschlag dazu rechnen, der zufällig, neben anderen Eigenschaften, auch polymorph und erythematös erscheint. Die groſse Gruppe der Dermatitis herpetiformis (Duhring—Brocq) z. B. nimmt trotz vieles Gemeinschaftlichen doch eine Sonderstellung ein. Aber es gibt eine ganz groſse Reihe von teils idiopathischen, teils sekundären Erythemen, die alle durch die nämlichen Eigenschaften charakterisiert sind, wie das E. polym. von Hebra und die demnach alle dieser Gruppe zuzurechnen sind.

Gemeinsam ist allen diesen Erythemen erstens die individuelle Disposition. Wie nicht alle Menschen gleichmäſsig, sondern hin und wieder einer oder der andere nach dem Genuſs von Erdbeeren, Krebsen u. s. w. an Urticaria erkrankt, so verlangt auch das E. polym. für sein Auftreten eine besondere Veranlagung, über deren Natur wir aber noch im Unklaren sind. Wo diese Anlage einmal vorhanden ist, da genügen oft geringe Anlässe, z. B. Erkältungen, um sie zum Ausdruck zu bringen.

Ferner sind alle Formen des E. polym. ihrer Natur nach identisch, bei allen handelt es sich, wie Köbner und Lewin schon lange nachgewiesen haben, um Störungen im Gefäſsnervensystem, die sich als Fluxionen, Ödeme, Exfoliationen u. s. w. äuſsern.

Auch darin gleichen sich alle Formen des E. polym., daſs es nicht ein specifischer Reiz ist, der die Reaktion der Vasomotoren auslöst, sondern daſs das pathogene Element die verschiedensten Gestalten annehmen kann. Eine Einwirkung auf die Haut, die Einfuhr von Nahrungs- oder Arzneimitteln, die Resorption septischer Stoffe, die verschiedenen Arten der Btutvergiftung u. s. w. — alle diese mannigfachen Vorgänge können von der nämlichen Wirkung, einem Erythema polymorphum, begleitet sein. Und zwar wirkt der Krankheitserreger fast immer nur von den vasomotorischen Centren aus; seine Anwesenheit in der erythematös erkrankten Haut, etwa als Mikrobe, ist weder erwiesen noch erforderlich. Diesen Krankheitserreger in einem bestimmten Fall von E. polym. zu ermitteln, ist bei den zahlreichen, sich darbietenden Möglichkeiten unendlich schwierig. Um diese Schwierigkeit zu veranschaulichen, zählt Besnier alle die Faktoren auf, die bei Rheumatismus, Cholera, Gonorrhoe, Typhus, Puerperalfieber, Endokarditis, möglicherweise ein Erythem bedingen können.

Auch die Nosologie des Erythema scarlatiniforme liegt noch ziemlich im Unklaren. Auch hier ist auf jeden Fall eine individuelle Anlage anzunehmen, die durch die verschiedensten äufseren Veranlassungen in Wirksamkeit treten kann. Diese zufälligen Ursachen, die dem Ausbruch der Krankheit voraufgehen, haben weder auf deren Verlauf noch Dauer irgend einen Einfluſs. Vier eingehend mitgeteilte Krankheitsfälle belegen diesen Satz. *Türkheim-Hamburg.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Über Milchsäurebehandlung des Lupus, von Erckens (Crefeld). (Inaug.-Dissertation, Würzburg 1890.) Mitteilung von 4 Fällen von Lupus der äufseren Haut und der Schleimhaut der Nase (aus der dermatologischen Klinik in Würzburg), bei welchen durch wiederholte energische Milchsäureätzungen Heilung erzielt worden war. *Seifert-Würzburg.*

c. *Syphilis.*

Über syphilitische Erkrankungen der Wirbelsäule. Eine kurze Beschreibung von 5 Fällen, von Jasinski. (*Gazeta lekarska.* 1890. No. 45, 46).

Erster Fall. Perispondylitis im Halsteile bei einem Erwachsenen. Starke nächtliche Schmerzen, Nackenstarre. Skleradenitis universalis, Exostosen an beiden Tibien. Vollständige Heilung nach gemischter antisyphilitischer Behandlung.

Zweiter Fall. Ein 30jähriger Zahnarzt kam zum Autor. Den Kopf mit beiden Händen unterstützend, bat er unter Stöhnen um eine Morphiuminjektion. Schreckliche Schmerzen im Nacken und Hinterkopf, Nackenstarre; in der Gegend des 4ten Halswirbels eine bedeutende, harte, die Muskelmassen einnehmende Anschwellung. Diese Erkrankung dauert einige Monate. Vor vielen Jahren Syphilisinfektion (gründliche Behandlung). Vollständige Heilung nach gemischter antisyph. Behandlung nebst Fixierung der Halswirbelsäule.

Dritter Fall. Ein 5jähriges Kind mit Paralyse und Kontraktur der beiden Unterextremitäten, Parese der Blase und des Rektums, 2 Buckel in der Lumbo-sakral- und unteren Rückengegend. Skleradenitis universalis, zwei groſse Gummata, multiple Geschwüre am Anus, an den Fersen, u. s. w. Bedeutende Besserung nach syphilitischer Behandlung. Weiterer Verlauf unbekannt.

Vierter Fall. 6jähriges Kind mit Kyphosis angularis in der Höhe des elften Brustwirbels; bedeutende harte Anschwellung in dieser Gegend. Skleradenitis der Halslymphdrüsen; am Stirnknochen flache schmerzhafte Anschwellung. Keratitis parenchymatosa am linken Auge. Der weitere Verlauf unbekannt.

Fünfter Fall. 18jähriger starker Junge mit folgenden Erscheinungen: Bedeutende Verdickung und stellenweise Karies der linken Klavikula. Kypholordosis angularis oberhalb des siebenten Halswirbels; bedeutende, stellenweise pastöse Anschwellung an der rechten Halsseite. Nächtliche Schmerzen im Hinterkopfe; zeitweise Kribbeln in den Oberextremitäten. Nach 30 Einreibungen ist die gummöse Anschwellung verschwunden.

Bezüglich der Diagnose betont der V., dafs primäre Tuberkulose der Wirbelsäule blofs bei wachsenden Individuen vorkommt. Bei Erwachsenen ist hingegen Tuberkulose der Wirbelsäule fast ausschliefslich sekundär — in diesen Fällen werden wir bedeutende Veränderungen in den Lungen u. s. w. finden. Die Pottsche Krankheit beim Erwachsenen, nicht manifest tuberkulösen Individuum ist also entweder Neoplasma oder Syphilis.

Eine genaue Untersuchung und Anamnese wird in den meisten Fällen die Diagnose der Entscheidung nahebringen. *Funk-Warschau.*

Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankung des Akustikus-Stammes, von Jung (Wiesbaden). (Inaug.-Dissertation, Würzburg 1889.) Die unter Kirchners Leitung gefertigte Dissertation bringt 3 neue Fälle von syphilitischer Erkrankung des Akustikus-Stammes aus der Praxis von Bockhart. An der Hand dieser und der in der Litteratur bekannt gegebenen Fälle bespricht J. die Diagnose, Prognose und Therapie der genannten Erkrankung. In Bezug auf die Prognose betont J., dafs die Taubheit zwar rasch, wenn auch öfters nur unvollständig zur Heilung kommt, dafs dagegen die subjektiven Geräusche, namentlich das Klingen, noch lange bestehen bleibt oder garnicht mehr schwindet. *Seifert-Würzburg.*

Ein Fall von Myelitis syphilitica lumbalis acuta, von Alex. Renault. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 565.) Der Fall bietet weiter nichts Bemerkenswertes; er besserte sich unter einer antisyphilitischen Behandlung wesentlich. Verf. knüpft an seine Mitteilung einige Bemerkungen über die Diagnose.

Türkheim-Hamburg.

Vorstellung eines Patienten mit einem Primäraffekt an der linken Tonsille, von Jadassohn-Breslau. (Medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur). Der 28jähr. Patient zeigt auf der Haut des Penis eine Anzahl frischer, leicht nässender syphilitischer Papeln, auf dem Rumpfe ein grofsfleckiges, specifisches Roseolenexanthem. Ein Primäraffekt oder der Rest eines solchen war am Penis nicht zu sehen, die Inguinaldrüsen waren nicht vergröfsert. Dagegen leitete ein dickes Drüsenpacket am linken Unterkieferwinkel hin, den Primäraffekt in der Mund- oder Rachenhöhle zu suchen. Die linke Tonsille war leicht geschwollen, gerötet, die innere und hintere Seite der mit dem Kehlkopfspiegel beobachteten Tonsille zeigte ein tiefes, schmierig belegtes Geschwür mit scharfem, unregelmäfsigem, stark hervorragenden Rande, bei dessen Palpation man das Gefühl der ganz charakteristischen Induration hatte. J. begründet im Weiteren die Diagnose, ohne sich im vorliegenden Falle das Zustandekommen der Infektion an dieser ungewöhnlichen Stelle erklären zu können, bespricht die extragenitalen Schanker und Pospelows Statistik über dieselben und die Theorie desselben, welcher glaubt, dafs das syphilitische Virus beim Schluckakt in die Lakunen der Tonsillen hineingepreſst werde, während es von der glatten Oberfläche der Mundhöhlenschleimhaut zu rasch hinweggespült werde, um hier eine Infektion zu bedingen. Jadassohn hält jedoch die Ströhrsche Theorie für wahrscheinlicher, wonach das festgeschlossene Epithel auf der Mundschleimheit einen wirksamen Schutz gegen die Invasion von Mikroorganismen biete, während das Epithel der Tonsillen von massenhaften, feinen Gängen durchzogen ist, durch welche die Syphilisbacillen, wie viele andere Infektionserreger unmittelbar in das Gewebe eindringen können. Praktisch von Wichtigkeit sind die Tonsillarinfektionen deshalb, weil sie oft lange unentdeckt bleiben, und für die Übertragung der Syphilis Gelegenheit bieten, oder mit malignen Tumoren verwechselt zu lebensgefährlichen Operationen verleiten können. *C. Berliner-Hamburg.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Behandlung der Trichophytiasis capitis, von L. Brocq. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 147.) Bespricht in Kürze die von französischen und anderen Autoren (Unna, G. Thin) geübten Methoden. *Türkheim-Hamburg.*

Pathologische Anatomie der Ekzeme, von H. Leloir. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 6. S. 465 u. Heft 7. S. 558.) Nach einem kurzen Hinweis auf die Schwierigkeiten, welche die Anatomie des Ekzems bietet, bezeichnet L. die Aufgabe, die er sich gestellt hat: er will den histologischen Bau des Ekzems in seinen verschiedenen Varietäten untersuchen. Den Dermatologen der Zukunft müsse es überlassen bleiben zu ermitteln, inwieweit jede Varietät histologische Eigentümlichkeiten darbietet, die geeignet erscheinen, ihre Pathogenese aufzuklären.

Es folgt dann eine umfangreiche Abhandlung über die Histologie des Ekzema acutum und chronicum mit ihren verschiedenen Varietäten. Der Stoff eignet sich schlecht zur Wiedergabe im Referat, da alle Mitteilungen des Autors von gleichem Interesse erscheinen.

Über das Ekzema seborrhoicum (Unna) behält sich Leloir eine besondere Arbeit vor. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Herpes tonsurans der Kopfhaut kompliciert mit einem pustulösen Ekzem, von Ohmann-Dumesnil. (*Cincinnati Med. News.* Juni 1890.) Es handelt sich um einen 7jährigen, wohlgenährten, intelligenten Knaben, dessen Allgemeinbefinden nicht das beste ist, weil er infolge starken Essens häufig an Dyspepsie leidet, die wiederum eine nervöse Reizbarkeit bei ihm nach sich zog. — Auf der Kopfhaut zeigen sich an einzelnen Stellen gelbe, verschieden grofse, bisweilen wie in der Medianlinie hinter der Stirnhaargrenze runde Krusten, unter denen sich hier und da Eiter angesammelt hat. Das Ekzem verursacht heftiges Jucken und raubt dem Patienten die Nachtruhe. Die ungewöhnliche Form der krustigen Plaques und der Umstand, dafs auch eine Schwester des Patienten einen ähnlichen Ausschlag hatte, veranlafste O. einige Haare mikroskopisch zu untersuchen. Dieselben zeigten Sporen und Pilze des Trichophyton. Nunmehr wurden die Krusten mit Olivenöl stark eingeölt, erweicht und nach 2 Tagen entfernt, sodann begann die gewöhnliche Behandlung des Ekzems. Da die Besserung aber nach 2 Wochen noch nicht sehr vorgeschritten, die Krusten vielmehr wiedergekommen waren, so wurden dieselben nochmals eingeölt, mit der Pinzette entfernt, und hierauf die Kopfhaut mit Phenol-Kampher bepinselt. Dieses Verfahren wurde früh und abends wiederholt. Der Kopf war stets mit einer Kappe bedeckt. Hand in Hand mit der lokalen ging die allgemeine Behandlung, namentlich legte O. Gewicht auf die Diät. Der Knabe wurde auf eine schmale Kost gesetzt, und der Schlaf durch Narkotika befördert. Nach Verlauf von weiteren 14 Tagen war der Kopf rein, die objektiven, wie subjektiven Symptome waren verschwunden. Die vorher ergriffenen kahlen Stellen zeigten bald feine Härchen, welche mikroskopisch untersucht sich frei von Pilzen erwiesen. Dafs die Heilung in einer verhältnismäfsig so kurzen Zeit vor sich gegangen, glaubt O. dem Umstande zuschreiben zu müssen, dafs von dem eitrigen Ekzem die Haarfollikel ergriffen und die Haarzwiebeln zerstört wurden, wodurch der Trichophyton seines Nährbodens beraubt rasch zu Grunde gehen mufste.

C. Berliner - Hamburg.

b. *der Cutis.*

Über das phagedänische Geschwür. Nach Beobachtungen in Tonkin, von Eduard Boinet (Montpellier). Auszug aus der von der Académie de Médecine preisgekrönten Arbeit (Prix Monbinne 1889). (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 3 u. 4. S. 210 ff. u. S. 307 ff.) Im ersten Teil seiner Arbeit macht uns Verf. mit der Naturgeschichte des Ulcus phagedaenicum bekannt. Die Füfse und die Gegend der Malleolen sind sein Lieblingssitz; es kommt aber auch an andern Körperteilen vor. Die Anamiten sind viel mehr dazu geneigt als die Europäer. Seinem Beginn geht immer eine Hautverletzung, eine Gewebstrennung irgend welcher Art vorher. Boinet unterscheidet eine leichte und eine schwere Form; erstere läfst sich ihrem Verlauf nach wieder in drei Abschnitte zerlegen, in das Stadium des Beginns, der atonischen Ulceration, und der allmählichen Vernarbung. Bei der schweren Form, die sich durch raschen, gangränösen Verlauf auszeichnet, kann es zu schweren Komplikationen, zur Blofslegung von Sehnen, Eröffnung von Gelenken, Nekrose der Knochen und Arrosion der Gefäfse kommen. — Der Verlauf vermag sich über 1—2 Jahre hinzuziehen; die Vernarbung beginnt immer von der Peripherie her. Die Prognose ist quoad vitam nicht ungünstig. Die Diagnose ist leicht; man thut Unrecht das Ulcus phagedaenicum mit dem Hospitalbrand zu identifizieren. Die Behandlung ist eine verschiedene, je nach dem Stadium, in welchem das Geschwür sich befindet. Von chirurgischen Eingriffen sind die meisten Ärzte zurückgekommen; man begnügt sich mit antiseptischen und sonstigen medikamentösen Verbänden; nur zuweilen werden Resektionen und Amputationen erforderlich.

Die Vermutung, dafs bei der Ätiologie des Ulc. phagedaen. die Bakterien ihre Hand im Spiele haben, war aus verschiedenen Gründen naheliegend; schon seine Kontagiosität sprach für diese Annahme. Und ebenso war es auch, unter Berücksichtigung aller Umstände am natürlichsten, den etwaigen Mikro-Organismus im Sumpfwasser der Reisfelder und in der serösen, von den Geschwüren ausgeschiedenen Flüssigkeit zu suchen.

Mit den Ergebnissen dieser Untersuchungen macht uns B. im zweiten Teil seiner Abhandlung bekannt. Es liefs die mikroskopische Untersuchung der Geschwürsjauche einen eigentümlichen Bacillus erkennen, der in verschiedenen Kulturen aufging und auf eine grofse Reihe der verschiedenartigsten Tiere überimpft, ein Geschwür zu Wege brachte. Diesem Bacillus, den er den B. phagedaenicus nennt, weist Boinet neben anderen Umständen eine Rolle beim Zustandekommen des Ulcus phagedaenicum zu. Weniger bestimmt spricht er sich über eine Kokken-Art aus, die er im Blute fand, welches aus den Geschwürsrändern stammte. Darnach kommt er zu dem Schlufs, dafs das Ulcus phaged. von Tonkin zur Familie der phagedänischen Tropengeschwüre gehöre. *Türkheim-Hamburg.*

Über Elephantiasis der Vulva, von Sander. (Inaug.-Dissertation, Würzburg 1890.) Mitteilung zweier Fälle von Elephantiasis vulvae. In dem ersten Falle, eine 42jährige Frau betreffend, konnte Syphilis als indirekte Ursache für die Entstehung der Elephantiasis, Schwangerschaft als direkte Ursache angenommen werden. Zu diesen beiden Momenten kam noch ein Trauma hinzu (Quetschung der Labien durch Fall auf eine Stuhlkante), welches als neuer Reiz zu rapider Zunahme der Elephantiasis vulvae geführt haben soll. In dem zweiten Falle handelte es sich um eine Frau, bei welcher 12 Jahre vorher grofse Knollen (welcher Art, unbekannt) aus dem Mastdarme herausgeschnitten worden waren. Sicheres über die Ätiologie der Eleph. liefs sich hier nicht eruieren. In beiden Fällen wurde auf operativem Wege Heilung erzielt. *Seifert-Würzburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Ein Fall von Ulcus rodens bei einem 14jährigen Mädchen, von W. R. Williams. (*Brit. med. Journ.* Okt. 18. 1890.) Die Krankheit dauerte vom 14. bis zum 86. Jahre. Anfangs hatte sich auf der Haut der linken Schläfe ohne nachweisbare Ursache eine kleine Pustel entwickelt, welche bald verschwärte und sich mit einem Schorf bedeckte; im Laufe der nächsten 8 Jahre erreichte die Stelle die Gröfse eines Fünfpfennigstückes und nach weiteren 5 Jahren Thalergröfse. Seitdem nahm die Ulceration schneller zu und zerstörte das Auge und einen grofsen Teil des Schädels und auch des Gehirns, trotzdem mehrfache energische, chirurgische Mafsregeln ergriffen wurden. Mit 18½ Jahren hatte Patientin geheiratet und hatte fünf gesunde Kinder geboren. Verf. erklärt das Ulcus rodens für eine Krankheit des relativ frühen Lebensalters; dafs es im allgemeinen für ein spät auftretendes Leiden gelte, komme daher, dafs die meisten Patienten trotz desselben sehr alt werden können. Verf. verweist auf die von ihm an dem Material des Middlesex-Hospital ausgearbeiteten statistischen Durchschnittszahlen der Anfangszeiten verschiedener maligner Geschwülste: Ulcus rodens bei Männern mit 44,4 Jahren, bei Frauen mit 42,1. Bei Männern ist im Durchschnitt die Entstehungszeit bei Zungenkrebs 53,8 Jahren, Karcinom der Unterlippe 51,6; des Rektum 50,7, des Oesophagus 56; der Haut 55, des Penis 47,5. Bei Frauen entwickelt sich durchschnittlich Karcinom des Cervix uteri mit 45,5 Jahren der Mamma mit 47,3, der Zunge und des Mundes mit 52,2, des Rektum mit 53,4 etc

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von Riesenzellensarkom des Oberkiefers, von Berendes (Goslar) (Inaugural-Dissertation, Würzburg 1890.) 30jähriger Bauer mit Sarkom des Oberkiefers aus der Schönbornschen Klinik, das aller Wahrscheinlichkeit vom Antrum Highmori ausgegangen war. Der Tumor hatte frühzeitig zu bedeutenden Zerstörungen des Oberkiefers geführt, zur Perforation des harten Gaumens und auch dadurch noch Besonderheiten gezeigt, dafs der geschwürige Zerfall sehr bald begann und schnell weiterschritt, so dafs zuerst die Diagnose auf Karzinom gestellt wurde, während erst die nach der durch Resektion des Oberkiefers vorgenommene Entfernung des Tumors die mikroskopische Untersuchung die Diagnose richtig stellen konnte.

Seifert-Würzburg

II. Benigne.

Ein Fall von Fibroma molluscum multiplex, von Königsdorf. (Inaugural-Dissertation, Würzburg 1889.) Fall aus der Leubeschen Klinik, eine 45jährige Frau betreffend, der dadurch interessant war, dafs direkte Heredität sich nachweisen liefs, denn die Mutter und ihre 3 Schwestern (von denen eine auf der dermatologischen Klinik beobachtet wurde) waren mit der gleichen Hauterkrankung behaftet. Patientin kam zur Autopsie. Es fanden sich multiple weiche Fibrome der äufseren Haut und des subkutanen Gewebes, der Schleimhaut des Rachens und der Leber, Fibrom der dura mater; aufserdem 2 Lipome der linken Niere und Osteomalacie. Der Tod war durch Herzinsufficienz bedingt. *Seifert-Würzburg.*

Lipome an ungewöhnlichen Orten, von Prof. C. Weil. (*Prag. med. Wochenschr.* 1890. No. 27.) Verf. teilt 2 Fälle von Lipomen mit, welche durch ihren Sitz auf-

fallen. Das eine Lipom saſs am Zehenballen des rechten Fuſses. Es lag subfascial und völlig abgekapselt. Ein zweites Lipom war im Anschluſs an ein Trauma entstanden und in der rechten Schläfengrube gelegen, vom M. temporalis völlig überdeckt. Beide Fälle wurden durch Operation geheilt. *Leistikow-Hamburg.*

III. Pigmentanomalien.

Ein eigentümlicher Fall von ADDISONs Krankheit, von OHMANN-DUMESNIL. (*Atlanta Med. and Surg. Journ.* 1890.) Verf. hat bisher nur 2 Fälle beobachtet, von denen der eine mehr Interesse bietet und in kurzen Zügen beschrieben wird.

Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, der eines Tages während der Arbeit allgemeines Unwohlsein verspürte. Der Beginn der Bronzefärbung der Haut datiert seit Mitte Oktober 1889. Ende Dezember desselben Jahres bemerkte der Patient, daſs er ohne besonderen Grund am ganzen Körper schwitzte. Der Schweiſs verbreitete einen penetranten, im ganzen Hause verspürbaren Geruch. Allmählich verschwand diese Bromhidrosis. Als O.-D. den Patienten in Behandlung nahm, sah dieser etwas abgemagert aus. Der Gesichtsausdruck war apathisch. Der Patient fühlte sich schwach, verspürte in der Herzgrube einen dumpfen Schmerz. Druck auf diese Gegend, wie auf die Nieren- und Nebennierengegend verursachte nicht die geringsten Schmerzen. Der Patient war von jeher nervös. Sein Haar, im übrigen kräftig, war von dunkelbrauner, fast schwarzer Farbe, während es nach den Angaben des Patienten und seiner Schwester vor Beginn der Krankheit blond war. Die Haut schien bis auf die Farbe normal zu sein. Diese Farbe war, ausgenommen Kopf und Hände, am ganzen Körper ausgesprochen bronzen. Die Brust war dunkler als der Rücken, hier und da zeigten gewisse Stellen verschiedene Schattierungen der Bronzefarbe. O.-D. glaubt, daſs es sich bei der Krankheit um einen Einfluſs des sympathischen Nervensystems handelt, wofür die Bromhidrosis, die nur eine Variante der Hyperidrosis wäre, in dem vorliegenden Falle ein Beleg wäre. Daſs es sich bei dieser Affektion vorwiegend nach ADDISONS Ansicht um eine Erkrankung der Nebennierenkapsel handelt, schlieſst jene Ansicht nicht aus, da diese Kapseln nichts anderes als Ganglien des sympathischen Systems sind und durch dieses mit dem Plexus solaris und den Semilunarganglien in Verbindung stehen. Von hier aus scheine die Affektion zuweilen auszugehen und sich auf die Nebennieren fortzusetzen, wofür der Umstand spricht, daſs in einigen Fällen post mortem pathologische Veränderungen in den Nebennieren gar nicht wahrgenommen worden sind, während die Symptome der Krankheit bei Lebzeiten vorhanden waren. *Berliner-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Notizen über Favus lupinosus am Rumpfe, von SCHWENINGER und BUZZI. (*Charité-Annalen.* Bd. XV.) Bei einem 12 Jahre alten Mädchen zeigte sich auf einem Fleck der rechten vordern Brusthälfte ein Schorf, der sich als ein typisches, isoliertes Favus-Skutulum von gewaltigen Dimensionen erwies. Nach einiger Zeit zeigte sich unterhalb des alten Skutulums auf der Parasternallinie ein runder, rosaroter Fleck von 6 mm Durchmesser, dessen Rand mit sehr winzigen Bläschen bedeckt ist, im Centrum desselben einige geplatzte Bläschen, teilweise mit gelblichen Krüstchen belegt. Interessant war in diesem Falle, abgesehen von der seltenen Schönheit der

Efflorescenz, die rasche Bildung des Skutulums und das Freibleiben des behaarten Kopfes vom Favus. Die Beobachtung dieses Falles hat ferner ergeben, dafs der Favus ein herpetisches Vorstadium hat. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ferner, dafs bei dem herpetischen Vorstadium die Flüssigkeit der Bläschen des Favuspilzes entbehrt. Der Thallus des Skutulums setzt sich nicht in die Cutis fort, wie es am behaarten Kopfe geschieht. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von diffuser Lymphangiektasie der äufseren Genitalien und ihrer Umgebung, von Prof. Dr. Kast (Hamburg). (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 42.) Bei einer 27jähr. Arbeiterin zeigten sich die grofsen Labien, insbesondere die linke, erheblich vergröfsert und geschwollen; die Geschwulst fühlte sich prall elastisch, aber keineswegs derb an. Dieselbe Schwellung und diffuse Volumszunahme zeigt der sehr stark gewölbte Mons Veneris, sowie die mediale Partie und die Vorderfläche des linken Oberschenkels. Der Hautüberzug ist nicht gerötet, nirgends warm anzufühlen. Die ganze Oberfläche der Labien, besonders der linken, ist besät mit einer Anzahl stecknadelkopf- bis linsengrofser Bläschen, deren klarer Inhalt durch die dünne Wandung deutlich durchscheint. Ein schwacher Druck auf das untenliegende Gewebe bringt die Bläschen zu praller Füllung, so dafs ihr Volum um das Doppelte zunimmt. Beim Anritzen eines Bläschens ergiefst sich in kontinuierlichem Strome eine reichliche Menge klarer Flüssigkeit, von alkalischer Reaktion, die beim Kochen vollkommen gerinnt. Leistendrüsen sehr klein.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen an der Haut, von Schweninger und Buzzi. (*Charité-Annalen.* Bd. XV.) Bei einem 7jähr. Mädchen, welches im zweiten Lebensjahre an einer abscedierenden Geschwulst hinter dem linken Ohre operiert wurde, bildete sich 1 Jahr nach der Operation die Krankheit aus. Man bemerkt zunächst eine Röte, die sich auf die Ohrmuschel, die Nase, Augenlider und die Backe bis scharf zur Nasolabialfalte und bis zur Schläfe andererseits erstreckt. Die Röte ist keine diffuse, sondern vom zierlichsten Gefäfsnetz gebildet; die Temperatur etwas erhöht. Die linke Backe zeigt aufserdem kleine pigmentlose Flecke und gelbe, härtere Partieen der Haut, besonders gegen das untere Augenlid, wo sie wie kleine sklerodermische Plaques aussehen. Auf dem Jochbogen zeigt sich eine zweimarkstückgrofse glänzende Stelle, wo die Haut sich hart, wie pergamentartig anfühlt und nicht falten läfst. Auf der Kopfschwarte der linken Seite sind zwei thalergrofse, kreisförmige kahle Stellen, deren Ränder ziemlich scharf konturiert sind. Die kahle Haut zeigt sich glatt und sehr anämisch, Haarstumpfe sind nicht zu sehen, die Haare der Umgebung gehen bei leisem Ziehen leicht heraus. Die meisten oberen Cilien am linken Auge sind weifs, wogegen die unteren ganz fehlen; an der Sklerotica sehr zierliche Gefäfsektasieen. Cervikaldrüsen links geschwollen. Die weitere Beobachtung ergab eine progressive Hemiatrophie der linken Gesichtshälfte, die alle Teile gleichmäfsig befiel, dabei liefs sich die von Kaposi mit dem Namen Xeroderma pigmentosum belegte Affektion konstatieren. Die Untersuchung der Alopecia areata und der Vitiligo ergaben keine pflanzlichen Parasiten, weshalb die Verf. annehmen, dafs die Area Celsi-Fälle teils neurotischen, teils parasitären Ursprungs sein werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Vitiligo oder Leucopathia acquisita, von Schweninger und Buzzi. (*Charité-Annalen.* Bd. XV.) Auf der linken oberen Körperhälfte einer 11jähr. Patientin, besonders am Hals, Brust, Rücken und Beugeseite des Arms finden sich auffallend mehrere

pigmentlose Stellen, die gegen die übrige dunkel pigmentierte Haut lebhaft abstechen. Pat. giebt an, dafs die ersten weifsen Flecke an der Brust hirsekorngrofs aufgetreten sind und dafs die gröfseren weifsen Stellen durch Zusammenfliefsen der gröfser gewordenen kleinen gebildet wurden. Vor 3 Jahren soll die Krankheit angefangen haben; das Entstehen neuer pigmentloser Flecke geht mit lebhaftem Brennen und Jucken einher. Das Gesicht der Patientin ist unsymmetrisch und zwar erscheint die untere linke Gesichtshälfte im Vergleich zur rechten atrophisch. Aus diesem Falle geht hervor, dafs der Reihe nach Sklerodermia neurotica, Hemiatrophia neurotica, Alopecia neurotica, Vitiligo neurotica als Trophoneurosen derselben Gruppe wie die Hemiatrophia facialis progressiva angehören. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Ätiologie der Sklerodermie, von J. Eichhoff. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890. Heft 6.) Ein Fall von Sklerema partiale (manuum, pedum, faciei), der im Krankenhause zu Elberfeld zur Beobachtung kam, gab Eichhoff Gelegenheit, über die Ätiologie des seit 10 Jahren bestehenden Leidens Untersuchungen anzustellen. Der Verf. fand bei der mikroskopischen Untersuchung der erkrankten Nagelpartieen Mycelpilze mit Sporen, die er auf Grund der mikroskopischen Ähnlichkeit als Achorion Schoenleinii anspricht. Aus dem Befund dieser Pilze schliefst er auf eine ätiologische Beziehung derselben zum Sklerem prozefs.

So interessant und wichtig für die Auffassung der sklerodermatischen Veränderungen der exakte Nachweis dieses Zusammenhanges wäre, so kann doch der einfache Befund von Pilzen im kranken Nagelgewebe noch nicht als ein hinreichender Beweis für die ätiologischen Beziehungen zum gesamten Krankheitsverlaufe angenommen werden. Abgesehen davon, dafs die Natur der gefundenen Mycelien durch das mikroskopische Bild allein wohl kaum mit hinreichender mykologischer Sicherheit festgestellt werden kann, sondern nur durch Züchtung und Vergleichung der Kulturen zu erbringen gewesen wäre, so kann doch von irgend einer Gesetzmäfsigkeit zwischen der Wucherung der Favuspilze im Nagelbett und dem Auftreten der Sklerodermie nach allen Erfahrungen an älteren Favusfällen wohl kaum die Rede sein. Immerhin müfste also für diesen Fall eine ganz besondere Disposition der Gewebe den Pilzen gegenüber vorhanden gewesen sein und als notwendiges logisches Moment der Erklärung zu Hilfe kommen. Eichhoff postuliert deshalb auch keineswegs eine generelle Erklärung für die Sklerodermie als solche aus seinem vereinzelten Befunde sondern hilft sich über die auftretenden Schwierigkeiten mit einer Theorie hinweg. Darnach nimmt er eine „quasi (!) trophoneurotische Störung" durch Reflexreizung des „Centralorganes" an, welche von dem chronischen Entzündungsreize, in diesem Falle durch die Favuspilze ausgelöst wurde.

Auf Behandlung durch fortgesetzte Bepinselungen mit 10 % Pyrogallolsalbe nach Waschungen mit 5 % Salicylkaliseife heilten die Nägel nach einigen Wochen. Auch die Sklerodermie bildete sich soweit zurück, dafs Patient wieder arbeitsfähig wurde.

Durch den Erfolg dieser „antiparasitären" Behandlung fühlt sich der Verf. berechtigt, den ätiologischen Zusammenhang der zuerst bestandenen Nagelaffektion mit der konsekutiven Sklerodermie als erwiesen anzusehen. Immerhin erscheint es auffallend, dafs während des ganzen 10jährigen Bestandes der Onychomycosis favosa, keinerlei anderweitige Favusansiedelungen auf dem übrigen Körper beobachtet wurden, von denen die Krankengeschichte nichts berichtet.

Nach Meinung des Ref. ist es daher nicht ganz ausgeschlossen, dafs die aufgefundenen Pilze nur eine mehr zufällige Bedeutung besafsen und in dem schon krankhaft veränderten Gewebe eine günstige Stätte der Ansiedelung und Vermehrung

fanden, zumal da die Diagnose als Achorion Schoenleinii sich ja lediglich auf eine mikroskopische Analogie stützt.

Jedenfalls verdient aber der Fall eingehende Beachtung, weil er eine Entstehung der skleromatösen Veränderungen durch peripherische Reize vonseiten eines Pilzes, sei es nun der Favus oder etwa ein specifischer Pilz gewesen, wahrscheinlich macht. Folgerichtig ist ja zu erwarten, dafs nach dem Aufhören der Ursache auch die Folgezustände aufhören sollten, nach dem Satze Cessante causa cessat effectus; deshalb können wir dem Verf. nur darin beistimmen, dafs der Fall „natürlich noch einer längeren sorgfältigen Beobachtung bedarf." *Dr. von Schlen-Hannover.*

Sekretionsanomalien.

Ephidrosis eines begrenzten Teiles des Gesichtes, von Schweninger und Buzzi. (*Charité-Annalen.* 1889.) Bei einer 46jährigen Patientin zeigt sich beim Kauen nach ungefähr 1—2 Minuten an einer Stelle der linken Gesichtshälfte ein erythematöser Fleck, in dessen Bereich sich die Haut wärmer anfühlt. Dieser Fleck bedeckt sich bald darauf mit kleinen Schweifströpfchen, die immer zahlreicher und gröfser werden und teilweise zusammenfliefsen, bis schliefslich der Schweifs herunterrinnt. Hört das Kauen auf, dann läfst auch die Schweifsbildung nach, nur die Röte hält noch einige Zeit an. Als einjähriges Kind hat Patientin an Gehirnentzündung nach Schädelbruch gelitten; später soll ihr eine Drüse hinter der linken Ohrmuschel herausgenommen sein. Beim Bepinseln der fraglichen Stelle mit Liquor antihidrorrhoicus Brandau bleibt die Schweifsbildung aus, während Brennen, Stechen, Röte und Rauheit der Haut vorhanden sind. Die vorgefundene Narbe scheint so gelegen zu sein, dafs die Nerven der Gegend dadurch mehr oder komprimiert werden. Da okulopupilläre Erscheinungen fehlen, so glauben Verf., dafs nur vereinzelte Sympathicusfasern komprimiert und während des Kauens vorübergehend ganz gelähmt werden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Permanente Drainage der männlichen Harnblase durch eine oberhalb der Pubes eingelegten Dauerkanüle, von G. B. Johnston. Sitzung der Med. Soc. of Virginia. (*New-York med. Journ.* Okt. 4. 1890.) Empfehlung des van Burenschen Instruments mit einer vom Verfasser angegebenen Modifikation. Dasselbe besteht aus einer äufseren Kanüle, einem inneren Rohre und einem Troikart. J. hat noch eine lange Führungssonde angefügt, um die äufsere Kanüle auch aus der Blase entfernen zu können, ohne Gefahr dieselbe nicht wieder hinein zu bringen. Die suprapubische Eröffnung der Blase ist sowohl bei chronischen wie bei akuten Fällen nützlich, bei Urinverhaltung, Verletzungen der Urethra oder der Prostata, akuter Prostatitis, Abscefs am Perineum, Urininfiltration, Gerinnselbildung in der Blase, chronischer Cystitis, Prostata hypertrophica, Krebs der Prostata, Blasenfisteln u. s. w.
Philippi-Nieheim.

Entfernung eines grofsen Blasensteins per vaginam, von E. M. Magruder. Vortrag gehalten in der Virginia medical Society. (*New-York med. Journ.* Okt. 4. 1890.) Ein ca. drei Zoll langer, zwei Zoll breiter Blasenstein hatte zur Entstehung einer Fistelöffnung von $^{5}/_{8}$ Zoll Durchmesser in der Scheidenwand geführt; die Fistelöffnung wurde künstlich erweitert und der, wie es schien, fest adhärente Stein stückweise entfernt. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von angeborener Mifsbildung der Harnröhre, von A. W. Stein. Aus der Sitzung der Amer. Assoc. genito- ur. Surgeons. (*Journ. of cut. and genito-ur. dis.* August 1890.) Ein an ausgesprochener Lungentuberkulose leidender Mann zeigte eine selbst für die feinsten Bougies undurchgängige Verengerung der Harnröhre. Man beschlofs, die Urethrotomia externa ohne Einführung einer Sonde auszuführen, verschob aber die Operation um einige Tage wegen grofser Schwäche des Patienten. Derselbe starb kurz darauf unoperiert. Bei der Sektion fand sich eine plötzliche Verengerung der Urethra ungefähr ein Zoll vor der Pars membranacea wie eine Art Querwand; vor derselben war die Harnröhre von normaler Weite (33 Franz.), aber die Schleimhaut war hier nach dem Lumen zu zusammengefaltet, und somit die Röhre bis zum Orificium vesicae erheblich verengt. Verf. erklärt diese Abnormität für kongenital und für ein Unicum; es wäre wünschenswert eine etwas genauere Beschreibung des Falles, als in dem ziemlich knappen Sitzungsbericht gegeben ist, zu erhalten. *Philippi-Nieheim.*

Über eine seltene Komplikation bei Litholapaxie, von J. Will. White. (*Journ. of cut. and genito.-ur. dis.* August 1890.) Beim Versuche, einen Blasenstein mittelst Litholapaxie zu entfernen, folgte auf das Zurückziehen des Lithotribs nach der Zertrümmerung des Steins ein kräftiges Ausfliefsen von Injektionsflüssigkeit (Borsäurelösung). Es hatte sich ein Stück des Steins in der Pars prostatica festgeklemmt und konnte trotz der Anwendung von Hochdruckinjektionen mit Öl, der Harnröhrenzange, Zurückstofsen mit einem stumpfen Instrument etc. weder vor- noch rückwärts befördert werden. Schliefslich gelang es, einen kleinen Nélatonschen Katheter in die Blase einzuführen, und vier Tage später wurde durch Drängen beim Urinieren das Stück Stein entleert. Wiedereinführung des Lithotribs erfolgreich. Patient wurde nach wenigen Tagen in die Heimat entlassen. *Philippi-Nieheim.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Über Nervenstörungen als Folge von organischer Striktur der Harnröhre. Vorgetragen in der Virginia Med. Soc. Von Hunter Mc. Guire. (*New-York med. Journ.* 4. Okt. 1890.) Vortragender beschreibt mehrere Fälle von Hemiplegie, Lähmungen oder anderen Arten von Hirnkrankheiten im Gefolge von langebestandener Striktur. Er habe auch häufig Sklerose des untern Teiles des Rückenmarks bei alter Striktur gesehen; man sei wohlberechtigt, dieses Zusammentreffen als etwas mehr denn eine bloſse Zufälligkeit zu betrachten. Allerdings kommen sowohl Strikturen als Nervenerkrankungen so häufig vor, dafs der Nachweis der Abhängigkeit der einen von den anderen sehr schwer ist. Dennoch glaubt Mc. G., dafs ein gewisser Zusammenhang in der That bestehe. *Philippi-Nieheim.*

Über die Anwendung der Antisepsis bei frischer Urethritis anterior, von J. W. White. Sitzung der Amer. Assoc. genito-ur. Surgeons. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Aug. 1890.) Verf. erkennt die Bedeutung der Gonokokken vollständig an und findet die Ursache, weshalb gewöhnlich antiseptische Maßregeln nicht das erwartete Resultat liefern, einmal in der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit der männlichen Harnröhre, dann in der Unmöglichkeit antiseptische Lösungen in genügender Konzentration auf die Urethralschleimhaut einwirken zu lassen, sowie darin, daß solche Applikationen naturgemäß nur intermittierend angewandt werden können, und in der oft begangenen Versäumnis der Anwendung einer geeigneten internen Behandlung. Man müsse zur Tötung der Mikrokokken zwei oder mehrere Antiseptica passend verbinden, da die Harnröhrenschleimhaut gegen jedes einzelne Mittel in der erforderlichen Konzentration zu empfindlich sich erweisen würde. Durch die interne Darreichung von Salol in Verbindung mit Copaiva und Cubeben werde der Urin aseptisch, vielleicht auch antiseptisch, was sowohl bei allen entzündlichen Affektionen des Urogenital-Kanals und namentlich bei etwa vorzunehmenden operativen Eingriffen von größtem Nutzen ist.

Bei der sich an diesen Vortrag anschließenden Diskussion teilten mehrere Herren ihre persönlichen Erfahrungen mit verschiedenen der bekannten Mittel mit. Belfield verschreibt lokal Hydrastis und als interne Medikation irgend ein Alkali. F. J. Brown benutzt die Lafayettesche Mischung und Sublimatlösungen in der Stärke von 1:30000 oder 1:15000 lokaliter. Nach acht Tagen solcher Medikation nimmt er dann meist noch eine Höllensteinlösung 1:1000 oder 1:2000 dazu. ;J. B. White wäscht bloß mit warmen Wasser die Harnröhre aus und spült dann mit einer schwachen Lösung von Zinksulfat nach. J. A. Fordyce benutzt eine Lösung von Höllenstein, 1:2000 oder 1:4000; zuweilen müsse man aber wegen entstehender Schmerzen und Blutungen aus der Urethra die Konzentration abschwächen. A. Post hält die interne Darreichung von Cedernholzöl für eins der besten Mittel gegen Blennorrhoe, daneben verschreibt er in den nicht akuten Stadien Sublimatinjektionen. W. K. Otis findet eine Lösung von Höllenstein in der Stärke von 1:1000 nicht zu reizend. Glenn gebraucht in allen Stadien, wenn die Patienten es nur vertragen, schwache Lösungen von Chlorzink (0,2) und Jodzink (0,6) auf 170,0 Wasser, womit er sehr gute Resultate erziele. *Philippi-Nieheim.*

Der Diplokokkus von Neisser in den periurethralen, blennorrhoischen Abscessen, von Frof. Dr. Celso Pellizzari. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie.* 1890. No. 18/19.) Verf. weist an 3 Fällen nach, daß im Eiter derjenigen kleinen Abscesse, welche auf blennorrhagische periurethrale Follikulitiden folgen, sich mikroskopisch nur Gonokokken vorfinden. Kulturen davon blieben steril.

Leistikow-Hamburg.

Zur Abortivbehandlung des Trippers, von Malécot. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 347.) Dem Verf. haben sich schwache Höllensteinlösungen (1,0: 50,0 bis 150,0) mittelst der „Sonde à installation", beim ersten Beginn des Trippers eingeführt, sehr gut bewährt. Gleichzeitig sind antiseptische Ausspülungen der Harnröhre mit einer gewöhnlichen Spritze (Sublimat, Kali hypermang. und Hg salicyl. werden erwähnt) anzuwenden. Auf strengste Reinhaltung der Vorhaut ist zu achten, da von dem hier aufgestauten Eiter eine neue Infektion der Harnröhre statthaben hann. Zum innerlichen Gebrauch gibt M. unter allen balsamischen Mitteln dem Ol. Santal. ostind. den Vorzug. — In den meisten Fällen ist es ihm gelungen, bei dieser Behandlung den Verlauf des Trippers wesentlich abzukürzen. Unter keinen Um-

ständen aber sei das bisher geübte Verfahren zu rechtfertigen, dafs man nämlich die Harnröhre erst wochenlang eitern liefs, ehe man ärztlich eingriff.

Türkheim-Hamburg.

Über die Verwertbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medizin, von Prof. Dr. J. Kratter in Innsbruck. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. Nr. 42.) Die gerichtlich bakteriologische Untersuchung der Urethal- und Vaginalsekrete blennorhoisch erkrankter Kinder ist nach Verf. ein unabweisliches Postulat für die Beurteilung der Folgen von erwiesenen, sowie für die Sicherstellung von behaupteten oder geleugneten Notzuchts- und Schändungsattentaten geworden.

L. Hoffmann Berlin.

Verschiedenes.

Über die Sterilisierung der Gummisonden, von H. Alapy. (*Annal. des mal. des org. gen.-ur.* Juli 1890.) Die bisher gebräuchlichen Methoden zur Sterilisierung von Gummisonden hatten den Nachteil, dafs die Instrumente, wenn sie wirklich steril gemacht worden waren, von dem Verfahren angegriffen und verdorben wurden. Sie wurden rauh und klebrig, konnten daher nur einige Male diesem Verfahren unterzogen werden.

A.'s Methode besteht darin, dafs er jede Sonde in Fliefspapier wickelt, die überschüssigen Papierenden umbiegt, dann 3—4 derartig eingewickelte Sonden wieder als Ganzes mit Fliefspapier umwickelt, die Enden des Papiers wieder umschlägt, auf das Papier dann die Bemerkung schreibt, was in dem Packet für Nummern enthalten sind, das betreffende Packet oder deren mehrere dann in einen Glascylinder steckt, dessen offenes Ende mit Watte fest verstopft wird und den Glascylinder eine halbe Stunde im Dampfapparat bei 100° sterilisiert. Selbstverständlich werden die Sonden vor dem Verfahren mit Seife gewaschen und gut abgetrocknet.

Die Kontrollexperimente ergaben völlige Sterilität noch nach 18 Monaten.

Das Verfahren hat den Vorzug, dafs es die Instrumente selbst nach 50—60maliger Wiederholung der Sterilisierung nicht angreift. *P. Taenzer-Leipzig.*

Anleitung zur methodischen Untersuchung kleiner Mädchen im Fall eines unsittlichen Attentats, von M. Lacassagne. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 236.)

Enthält einige praktische Vorschläge für den Gerichtsarzt im Fall einer einschlägigen Untersuchung. *Türkheim Hamburg.*

Analytische und synthetische Belege für die Überführbarkeit der Aromatica, speciell des Resorcins im Fette des tierischen Organismus, von Dr. Justus Anderr (München). (*Allgem. med. Centralzeitung.* 1890. No. 68.) Es wurde aus verschiedenen Menstruis der Fettschicht der Kuh, welche von den Veterinären „Voreuter" genannt wird, Resorcin gewonnen. Synthetisch wurde das Resorcin auf verschiedene Weise dargestellt. — Nahm man gleiche Moleküle Resorcin + Chlorzink und setzte ein paar Tropfen reines Ammoniak hinzu, so gelang es auch, das Resorcin in die unzweideutigste Fettmasse umzuwandeln. Schon früher hatte A. nachgewiesen, dafs Schleimhautstellen, welche mit Resorcin geätzt wurden, Fettentartung zeigten.

Leistikow-Hamburg.

Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose.

I. Referate.

Von

L. Hoffmann-Berlin.

1. Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose von Prof. R. Koch. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 46 a).

2. Bericht über die ersten nach der Methode des Herrn Geheimrat Dr. Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tuberkulose von Dr. William Levy. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 47).

3. Über die Versuche mit dem von Herrn Geheimrat Koch gegen Tuberkulose empfohlenen Mittel von Dr. Köhler und Dr. Westphal (ibidem).

4. Über den Verlauf einiger mit dem Kochschen Heilmittel behandelten Fälle von Tuberkulose verschiedener Organe von H. Feilchenfeld. (*Therap. Monatsh.* Nov. 1890. Sonderheft).

5. Praktische Bemerkungen zur Behandlung der Tuberkulose nach Koch von Dr. Dengel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 47).

6. Mitteilungen über die mit dem Kochschen Heilverfahren gewonnenen Ergebnisse von Prof. von Bergmann. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 47. Extra-Beilage).

Die grofse Entdeckung Kochs betreffend das neue Heilmittel gegen Tuberkulose hat auf die Therapie des Lupus einen so gewaltigen Einfluſs ausgeübt, daſs es geraten erscheint, die bis dahin bekannten Resultate hier etwas ausführlicher zu behandeln. Koch (1) selbst sagt, daſs das Mittel aus einer bräunlichen klaren Flüssigkeit besteht, welche an und für sich, ohne besondere Vorsichtsmaſsregeln, haltbar ist. Für den Gebrauch muſs diese Flüssigkeit aber mehr oder weniger verdünnt werden, und die Verdünnungen sind, wenn sie mit destilliertem Wasser hergestellt werden, zersetzlich; es entwickeln sich darin sehr bald Bakterienvegetationen, sie werden trübe und sind dann nicht mehr zu gebrauchen. Um dies zu verhüten, müssen die Verdünnungen durch Hitze sterilisiert und unter Watteverschluſs aufbewahrt, oder, was bequemer ist, mit 0,5 %iger Phenollösung hergestellt werden. Durch öfteres Erhitzen sowohl, als durch die Mischung mit Phenollösung scheint aber die Wirkung nach einiger Zeit, namentlich in stark verdünnten Lösungen, beeinträchtigt zu werden. Das Mittel wird subkutan injiziert und benutzt Koch die von ihm für bakteriologische Arbeiten angegebene Spritze, deren Beschreibung und Abbildung den Lesern dieser Zeitschrift bereits auf S. 467 gebracht worden ist. Eine solche Spritze läſst sich leicht und sicher durch Ausspülen mit absolutem Alkohol aseptisch erhalten. Als Applikationsstelle wählte Koch, nach einigen Versuchen mit anderen Stellen, die Rückenhaut zwischen den Schulterblättern und in der Lendengegend, weil die Injektion an diesen Stellen am wenigsten, in der Regel sogar überhaupt keine örtliche Reaktion zeigte und fast schmerzlos war. Die Dosis des Mittels schwankt zwischen 0,25 — 0,01 ccm und zeigt solches auch in der geringsten Dosis auf tuberkulöse Prozesse eine specifische Wirkung, die nicht allein

allgemein, sondern auch lokal auftreten. Die allgemeine Reaktion besteht in einem Fieberanfall, welcher, meistens mit einem Schüttelfrost beginnend, die Körpertemperatur über 39°, oft bis 40° und selbst 41° steigert; daneben bestehen Gliederschmerzen, Hustenreiz, grofse Mattigkeit, öfters Übelkeit und Erbrechen. Einige Male wurde eine leichte ikterische Färbung, in einigen Fällen auch das Auftreten eines masernartigen Exanthems an Brust und Hals beobachtet. Der Anfall beginnt in der Regel 4—5 Stunden nach der Injektion und dauert 12—15 Stunden. Ausnahmsweise kann er auch später auftreten und verläuft dann mit geringerer Intensität. Die Kranken werden von dem Anfall wenig angegriffen und fühlen sich, sobald er vorüber ist, verhältnismäfsig wohl.

Die örtliche Reaktion kann am besten an solchen Kranken beobachtet werden, deren tuberkulöse Affektion sichtbar zu Tage liegt, also z. B. bei Lupuskranken. Bei diesen treten Veränderungen ein, welche die specifisch antituberkulöse Wirkung des Mittels in einer ganz überraschenden Weise erkennen lassen. Einige Stunden nachdem die Injektion unter die Rückenhaut, also an einem von den erkrankten Hautteilen im Gesicht u. s. w. ganz entfernten Punkte gemacht ist, fangen die lupösen Stellen, und zwar gewöhnlich schon vor Beginn des Frostanfalls an zu schwellen und sich zu röten. Während des Fiebers nimmt Schwellung und Rötung immer mehr zu und kann schliefslich einen ganz bedeutenden Grad erreichen, so dafs das Lupusgewebe stellenweise braunrot und nekrotisch wird. An schärfer abgegrenzten Lupusherden war öfters die stark geschwollene und braunrot gefärbte Stelle von einem weifslichen fast einen Centimeter breiten Saum eingefafst, der seinerseits wieder von einem breiten lebhaft geröteten Hof umgeben war. Nach Abfall des Fiebers nimmt die Anschwellung der lupösen Stellen allmählich wieder ab, so dafs sie nach 2—3 Tagen verschwunden sein kann. Die Lupusherde selbst haben sich mit Krusten von aussickerndem und an der Luft vertrocknetem Serum bedeckt, sie verwandeln sich in Borken, welche nach 2—3 Wochen abfallen und mitunter schon nach einmaliger Injektion des Mittels eine glatte rote Narbe hinterlassen. Gewöhnlich bedarf es aber mehrerer Injektionen zur vollständigen Beseitigung des lupösen Gewebes, doch davon später. Als besonders wichtig bei diesem Vorgange mufs noch hervorgehoben werden, dafs die geschilderten Veränderungen sich durchaus auf die lupös erkrankten Hautstellen beschränken; selbst die kleinsten und unscheinbarsten im Narbengewebe versteckten Knötchen machen den Prozefs durch und werden infolge der Anschwellung und Farbenveränderung sichtbar, während das eigentliche Narbengewebe, in welchem die lupösen Veränderungen gänzlich abgelaufen sind, unverändert bleibt.

Die Beobachtung eines mit dem Mittel behandelten Lupuskranken ist so instruktiv und mufs zugleich so überzeugend in Bezug auf die specifische Natur des Mittels wirken, dafs jeder, der sich mit dem Mittel beschäftigen will, seine Versuche, wenn es irgend zu ermöglichen ist, mit Lupösen beginnen sollte.

Weniger frappant, aber immer noch für Auge und Gefühl wahrnehmbar, sind die örtlichen Reaktionen bei Tuberkulose der Lymphdrüsen, der Knochen und Gelenke u. s. w., bei welchen Anschwellung, vermehrte Schmerzhaftigkeit, bei oberflächlich gelegenen Teilen auch Rötung sich bemerklich machen.

Unverkennbar ist demnach das Mittel für die Diagnose. In Bezug auf die Heilwirkung beobachtet man, dafs nach Abnahme der Schwellung und Rötung das Lupusgewebe nicht seinen ursprünglichen Zustand wieder einnimmt, sondern dafs es mehr oder weniger zerstört wird und verschwindet.

An einzelnen Stellen geht dies, wie der Augenschein lehrt, in der Weise vor sich, dafs das kranke Gewebe schon nach einer ausreichenden Injektion unmittelbar abstirbt und als tote Masse später abgestofsen wird. An anderen Stellen scheint

mehr ein Schwund oder eine Art von Schmelzung des Gewebes einzutreten, welche, um vollständig zu werden, wiederholter Einwirkung des Mittels bedarf. In welcher Weise dieser Vorgang sich vollzieht, läßt sich augenblicklich noch nicht mit Bestimmtheit sagen, da es an den erforderlichen histologischen Untersuchungen fehlt. Nur so viel steht fest, daß es sich nicht um eine Abtötung der im Gewebe befindlichen Tuberkelbacillen handelt, sondern daß nur das Gewebe, welches die Tuberkelbacillen einschließt, von der Wirkung des Mittels getroffen wird. In diesem treten, wie die sichtbare Schwellung und Rötung zeigt, erhebliche Cirkulationsstörungen und damit offenbar tiefgreifende Veränderungen in der Ernährung ein, welche das Gewebe je nach der Art und Weise, in welcher man das Mittel wirken läßt, mehr oder weniger schnell und tief zum Absterben bringen.

Das Mittel tötet also, um es noch einmal kurz zu wiederholen, nicht die Tuberkelbacillen, sondern das tuberkulöse Gewebe. Damit ist aber auch sofort ganz bestimmt die Grenze bezeichnet, bis zu welcher die Wirkung des Mittels sich zu erstrecken vermag. Es ist nur im stande, lebendes tuberkulöses Gewebe zu beeinflussen, doch wird man allmählich, falls nach den angewandten Dosen keine Reaktionserscheinungen mehr eintreten, mit größern Dosen fortfahren, bis selbst nach den größten Dosen keine Veränderung mehr beobachtet wird. Die Art der Behandlung ist ungefähr folgende: Man injiziere 0,01 ccm, lasse die Reaktion ablaufen, gebe nach 1—2 Wochen wieder 0,01 cm, so fortfahrend, bis die Reaktion immer schwächer wird und schließlich aufhört. Bei zwei Kranken mit Gesichtslupus sind in dieser Weise durch 3 bezw. 4 Injektionen die lupösen Stellen zur glatten Vernarbung gebracht, die übrigen Lupuskranken sind der Dauer der Behandlung entsprechend gebessert. Alle diese Kranken haben ihr Leiden schon viele Jahre getragen und sind vorher in der verschiedensten Weise erfolglos behandelt.

Levy (2) beschreibt die Behandlung von 3 Lupusfällen, die wir hier ausführlich mitteilen.

Fall I. Anna T., 23 Jahre alt, litt seit ihrem vierzehnten Jahre an Knochenabscessen. Nach einem dieser Abscesse am Oberarme blieb lange eine Fistel bestehen, von deren Rändern aus sich der Lupus entwickelte und im Laufe von drei Jahren über den ganzen linken Arm, über Vorder- und Hinterseite des Halses und den größten Teil beider Wangen ausbreitete. Bei der Aufnahme in die Klinik war der linke Arm in der Ellenbogengegend stark geschwollen. Unverändert war die Haut nur in der Ellenbogenbeuge: sonst zeigte sie an allen früher erkrankten Stellen die charakteristischen Narben, deren serpiginöse Ränder von einem schmalen rotbraunen Saume begrenzt waren. In diesem Saume erkannte man bei genauerem Zusehen deutlich die rotbraunen Knötchen, zum Teil mit abschilferndem Epithel bedeckt Auf dem linken Vorderarm und der linken Hand, besonders auf ihrer Streckseite, ebenso auf der rechten Wange zehnpfennigstück- bis zweimarkstückgroße Beulen, mit dicken Borken bedeckt. Fieber war nicht vorhanden. Am 8. Oktober vormittags 10 Uhr wurde von dem Mittel 0,1 in die Rückenhaut injiziert. Nach wenigen Stunden stieg unter Schüttelfrost die Temperatur schnell an, sie betrug nachmittags 3 Uhr 40,6 °. Abends war Patientin bewußtlos und delirierte. Die Bewußtlosigkeit und die Höhe des Fiebers ließen erst am Mittag des 10. Oktober nach.

Gleichzeitig mit dem Beginne des Fiebers röteten sich die erkrankten Hautpartieen und schwollen sehr bedeutend an. Am 9. Oktober vormittags war das Krankheitsbild am ausgeprägtesten. Die Schwellung des linken Arms hatte einen beträchtlichen Umfang erreicht; der linke Handrücken war stark ödematös. Die Narbe hatte sich an den Stellen, wo keine Lupusknötchen zu erkennen waren, wenig verändert. Aber überall, wo auch nur kleinste Lupusknötchen sichtbar waren, über

ragten diese stark das Niveau der Haut und waren von einer dunkelroten, zwei Querfinger breiten Zone umgeben. Durch diesen dunkelroten Hof konnte man schon von weitem erkennen, an welchen Stellen noch tuberkulöses Gewebe erhalten war. Noch stärker verändert hatten sich die Beulen auf dem Vorderarm und dem Handrücken. Sie waren stark geschwollen und von dunkelblauer Farbe. Ein Einschnitt in einen dieser Knoten auf dem linken Handrücken zeigte, daſs die lupöse Neubildung durch die ganze Dicke der Haut reichte und das Aussehen wie trocknes Blutgerinnsel angenommen hatte.

Der Arm wurde nun in Volkmannscher Schiene suspendiert. Die roten Höfe um die erkrankten Stellen, die Schwellung des Arms lieſsen nunmehr bald nach. Die serpignösen Ränder erschienen wie eingetrocknet; zum Teil lagen sie sehr deutlich unter dem Niveau der sie umgebenden Haut. Später bedeckten sie sich stärker mit Epithelschuppen.

Die Beulen an Arm, Hand und Gesicht vertrockneten schnell; bald glichen sie Brandschorfen, wie sie durch Glüheisen erzeugt werden. Als diese Schorfe sich nach ca. acht Tagen abstieſsen, war unter einigen von ihnen die Haut bereits fest vernarbt; unter anderen hingegen fanden sich gut granulierende Stellen, die gleichfalls schnell in narbiges Gewebe sich umwandelten. Patientin blieb von nun an fieberfrei.

Wir hofften, daſs durch die eine Injektion die Heilung im wesentlichen erzielt sei, indessen gestaltete sich die Sachlage etwas anders. Am 27. Oktober vormittags 10 Uhr wurde wiederum 0,1 g unter die Rückenhaut eingespritzt.

Die Erscheinungen waren zwar nicht so heftig, wie nach der ersten Injektion, aber doch schwer genug.

Wieder stieg die Temperatur unter Schüttelfrösten in wenigen Stunden über 40°, wieder wurde die Kranke benommen. Alles Lupusgewebe schwoll von neuem an und umgab sich mit einem roten Hofe. Auch die Narben an den Stellen, wo alles Kranke nekrotisch geworden zu sein schien, schwollen wieder an und röteten sich. Nur trat diesmal keine Nekrose ein; die Epithelabschuppung hingegen nahm beträchtlich zu, als die entzündliche Reaktion nachlieſs.

Am 5. und 6. Oktober wurde wieder je 0,1 injiziert. Das erstere Mal stieg die Temperatur bis zum Nachmittag auf 41° und hielt sich ziemlich auf gleicher Stufe noch am nächsten Tage. Das letzte Mal stieg sie auf 40,5°. Aber die Schwellung war schon geringer; Bewuſstlosigkeit trat nicht mehr ein.

Die Injektionen sollen jetzt in kurzen Intervallen, etwa an jedem zweiten Tage fortgesetzt werden.

Sobald Patientin auf 0,1 nicht mehr stark reagiert, wird um 0,1 gestiegen, bis 1,0 erreicht ist. In dem Augenblick, wo ich diese Zeilen niederschreibe, bietet die Kranke ungefähr dasselbe Bild, wie kurz vor der zweiten Injektion.

Fall II. Frl. K., 34 Jahre alt. Seit 18 Jahren Lupus der linken Oberextremität und der Schulter. Diese Körperteile sind besetzt von zahlreichen Gruppen von Knötchen; über den Köpfchen der Metakarpalknochen auf dem Handrücken zehnpfennigstückgroſse Beulen mit Borken bedeckt.

Am 15. Oktober Injektion von 0,1 in den Rücken. Schüttelfrost, Ansteigen der Temperatur. Abends 10 Uhr: 40,1. Rötung und Schwellung der Knötchen und ihrer Umgebung; Sensorium frei. Scharlachähnliches Exanthem am ganzen Rumpf. Ulceröser Zerfall des Zahnfleisches an den unteren Schneidezähnen. Urin eiweiſsfrei. Am nächsten Tage fieberfrei, doch sehr matt.

Zweite Injektion am 1. November: 0,05, höchste Temperatur 40,4. Dritte Injektion am 8. November: 0,1, höchste Temperatur 39,7.

Bei den beiden letzten Injektionen örtliche Reaktion noch deutlich, aber geringer. Allgemeine Tendenz zur Narbenbildung, besonders deutlich am Handrücken.

Fall III. Frl. D., 61 Jahre alt. Seit acht Jahren Lupus der Nase und beider Wangen; Zerstörung beider Nasenflügel. Gruppen von flachen Knötchen an den erkrankten Stellen. Fieberfrei.

1. Injektion 0,1 am 25. Oktober in den Rücken. Schwellung und Rötung der erkrankten Hautstellen. Temperatursteigerung bis 39,5. Allgemeinbefinden nicht verändert.

2. Injektion 0,1 am 27. Oktober, Temperatur bis 39,5.
3. „ 0,2 „ 29. „ „ „ 38,4.
4. „ 0,4 „ 31. „ „ „ 39,4.
5. „ 0,5 „ 3. November „ „ 39,5.
6. „ 0,6 „ 8. „ „ „ 38,6.
7. „ 0,7 „ 10. „ „ „ 38,0.

Die örtliche Reaktion wurde trotz Steigerung der Dosen allmählich geringer und war nach der letzten Injektion kaum noch vorhanden. An einzelnen Stellen sitzen noch trockene Borken, die sich zu lösen beginnen; an anderen sieht man zwar noch hirsekorn- bis linsengroſse braunrote Stellen, aber diese sind deutlich eingesunken und mit trockener Epidermis bedeckt.

Dieser Fall ist von meinen Lupusfällen der am weitesten in der Heilung fortgeschrittene.

Köhler und Westphal (3) berichten über 2 Fälle von Gesichtslupus und zwar bei einem 28- und bei einer 20jährigen Kranken. Die Injektionen selbst sind fast schmerzlos und nur von einer geringen lokalen Reaktion begleitet. Bei dem ersten Patienten mit Lupus nasi, welchem 4 mal 1,0 ccm injiziert worden war, erreichte die Temperatur innerhalb 6—8 Stunden das Maximum, welches beim ersten Mal 39,6, beim zweiten Mal 40,2, beim dritten Mal 40,0 und beim vierten Mal 39,8 betrug. Bei den beiden ersten Fieberanfällen vollzog sich der Abfall der Temperatur in der Weise, daſs dieselbe bald nach Erreichung des Maximums bis zum andern Morgen um 16 bezw. 18 Zehntelgrade sank, um darauf wieder eine Exacerbation von 9 bezw. 5 Zehntelgrade zu machen, und in der darauf folgenden Nacht definitiv bis zur Norm zu fallen. Bei den beiden letzten Anfällen sank die Temperatur schon in der auf die Injektion folgenden Nacht ununterbrochen bis unter die Norm. Dementsprechend wurde die Dauer des Fiebers bei jedem neuen Anfall kürzer, und zwar betrug sie das erste Mal ungefähr 30 Stunden, das zweite Mal etwa 24, das dritte und vierte Mal weniger als 18 bezw. 15 Stunden. Es hat aber ferner auch den Anschein, als ob nach jeder wiederholten Injektion das Maximum früher erreicht wurde. Bei der zweiten Patientin mit Lupus des Gesichts wurden nacheinander 0,1, 0,2, 0,3, 0,5, 0,7 und dann 1,0 ccm injiziert. Die Temperaturen verhielten sich ebenso. Die Pulsfrequenz stieg während des Fiebers beträchtlich und wurde wiederholt eine Frequenz von 130 bis 140, einmal sogar von 160 in der Minute konstatiert. Der Puls war meistens hoch, ziemlich stark gespannt. Zeichen von Herzschwäche wurden nicht bemerkt. In beiden Fällen zeigte sich nach der Injektion, sowohl nach der schwachen, wie nach der starken, ein Exanthem; dasselbe wurde schon am Abend des Injektionstages oder auch erst am folgenden Tage bemerkt und bestand in einem scharlachroten, gleichmäſsig sich über den Rumpf verbreitenden, auf den Gliedmaſsen weniger deutlich ausgeprägten Ausschlag, welcher nach zweitägigem Bestand wieder abgeblaſst war und eine feine Abschilferung der Haut zurückliefs. Zuweilen entstand auch ein Ausschlag, welcher die Form von roten, teilweise zusammenflieſsenden Quaddeln aufwies. Zuweilen hatte das Exanthem einen roseolaartigen Charakter.

Was nun die lokale Einwirkung der Injektion auf die lupös erkrankten Teile betrifft, so trat bei dem ersten Kranken schon 2 Stunden nach der Einspritzung ein Gefühl von Hitze, Brennen und Spannung im Gesicht auf, 3 Stunden später, zu einer Zeit, wo gerade der Beginn des Frostes beobachtet wurde, war das Gesicht, besonders über der Nase, bereits gerötet. Nach 5 Stunden hatte die Schwellung und Rötung der lupös erkrankten Partieen beinahe ihren Höhepunkt erreicht. Die Rötung und Schwellung beschränkte sich aber nicht auf die lupösen Stellen, sondern nahm auch die Umgebung derselben in ziemlich weiter Ausdehnung ein. Zu dieser Zeit, also nach 5 Stunden, war schon ein beträchtliches Exsudat auf der Nase und der ebenfalls lupös entarteten Oberlippe in Form von gelben Tropfen und Krusten aufgetreten. Während die Röte und Anschwellung bis zum folgenden Tage nicht mehr erheblich zugenommen hatte, wurden die Schorfe noch zahlreicher und dicker. Die Exsudation schien jedoch im ganzen nicht über 48 Stunden hinaus zu dauern. Nach 2 Tagen begann die Rötung und Schwellung der kranken Stelle und ihrer Umgebung abzunehmen, beschränkte sich nach 5 Tagen nur noch auf die lupösen Partieen, und auch diese blafsten in den folgenden 3 Wochen noch bedeutend ab. 5 Tage nach der Einspritzung begannen die Schorfe abzubröckeln und liefsen sich am 9. Tage mit Leichtigkeit von ihrer Unterlage abheben. Es stellte sich nun heraus, dafs die Nase nicht mehr geschwollen und gröfstenteils glatt und blutrot aussah. Sie war ebenso wie die übrigen lupösen Stellen im Gesicht von einer zarten Narbe überzogen, welche weifse Abschilferungen trug. Nur an den beiden Nasenflügeln und deren Rändern, sowie am Naseneingang befanden sich blasse Granulationen, die sich in den nächsten Tagen wieder mit einem Schorf bedeckten, unter welchem sie bis zum 24. Tage völlig vernarbt waren. Die Nase, welche nach Beseitigung der Schorfe, abgesehen von den durch die Ulcerationen an den Nasenflügeln und dem Naseneingang bedingten Defekten und einer Verbreiterung der Nasenspitze ihre normale Form wiedergewonnen hatte, behielt ihr glattes Aussehen jedoch nur bis zum 15. Tage, an welchem sich auf dem Nasenrücken zahlreiche, stecknadelkopfgrofse, weiche, rote Prominenzen zeigten, deren Centrum oft ein kleines Bläschen trug, und zwischen denen die blafsrote glatte, junge Narbe stehen geblieben war. Die Zahl dieser Knötchen und Bläschen, welche der Nase wieder ein unebenes, dunkelrotes Aussehen geben, nahm bis zu dem Tage der nächsten Injektion noch an Menge zu; die Einspritzungen wurden vom 27. Tage nach der ersten Injektion mit Intervallen von 2 und 1 Tag noch dreimal wiederholt. Nach jeder Injektion traten noch an demselben Tage wieder Anschwellung, Rötung und Exsudation, jedoch bei weitem nicht mit derselben Intensität, wie das erste Mal auf. Gegenwärtig, am 14. November, ist die Rötung, Schwellung und Schorfbildung noch nicht vorüber. Bei der zweiten Patientin waren dieselben Erscheinungen zu beobachten.

Prof. v. Bergmann (6) hat in der Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 16. November folgende Fälle von Lupus demonstriert.

A. Fälle von Lupus, welchen am Morgen des 16. November 1890 8½—9 Uhr morgens das Kochsche Mittel in einer Dosis von 1,0 ccm einer 1%igen Lösung, also in einer Menge von 0,01 g injiziert worden war.

1. Eduard Kock, 58 Jahre alt. Lupus seit 29 Jahren bestehend. An Nase und Wangen exfoliativus und zum Teil exulcerans. Lupus mit Narben und teilweiser Zerstörung der Nasenflügel, von den Wangen bis an die Ohren sich erstreckend.

Temperatur vor der Injektion 36,2. Temperatur steigt nach der Injektion von 7,3 um 3 Uhr nachmittags auf 40,0 um 9 Uhr abends.

2. Otto Günther, 14 Jahre alt. Lupus exulcerans an Nase und Hals. Lupus exfoliativus der Wange, begonnen vor etwa 1 Jahre.

Temperatur vor der Injektion 37,1.

Temperatur steigt von 37,3 um 11 Uhr vormittags auf 40,7 um 3 Uhr nachmittags.

Schüttelfrost um 3 Uhr. Erbrechen.

3. Antonie Gebser, 43 Jahre alt. Krank seit 20 Jahren. In Behandlung seit März 1890. Auf grofsen glatten Narben beider Wangen frischer Lupus nodosus an den Rändern und Lupus exfoliativus an verschiedenen Stellen.

Temperatur vor der Injektion 36,4.

Temperatur um 3 Uhr 39,0. Schüttelfrost.

Temperatur um 7 Uhr 41,2.

Auguste Neumann, 22 Jahre. Krankheit besteht seit 16 Jahren gleichzeitig am Kinn, rechten Knie und linken Vorderarm. Vor 5 resp. 3 Wochen sind die lupösen Partieen mit dem scharfen Löffel ausgehoben und fortgekratzt worden. Auf den Narben Recidive von Lupus exfoliativus und nodosus.

Temperatur vor der Injektion 36,7.

Temperatur um 3 Uhr 38,9 mit Schüttelfrost.

Temperatur um 7 Uhr 40,3.

5. Herr Neal, 22 Jahre, aus London. Krankheit besteht seit 6 Jahren vom Naseninnern beginnend. Nasenspitze zerstört. Lupus exfoliativus und Lupus nodosus am weichen und harten Gaumen, zudem an beiden Seiten des Processus alveolaris.

Temperatur vor der Injektion 36,6.

Temperatur um 3 Uhr 38,1. Schüttelfrost.

Temperatur um 7 Uhr 40,1.

An allen diesen 5 Patienten, an dem einen ebenso wie an dem anderen, ist schon vor Beginn der fieberhaften Temperatursteigerung eine Rötung der erkrankten Partieen sichtbar geworden. Dieselbe war am deutlichsten dort, wo die frischesten Knoten safsen, also meist in der Peripherie der Krankheitsherde. Der Rötung folgte eine Schwellung, die an dem ersten Patienten (Kock) ganz besonders grofs und hoch entwickelt an den Ohren erscheint. Rötung und Schwellung erstrecken sich weit über die Grenzen der kranken Hautregion hinaus. Bei der dritten Patientin, der Gebser, fällt es auf, dafs die Peripherie der etwa handtellergrofsen Krankheitsfläche auf der Haut zunächst eine fingerbreite, hochrote Zone zeigt, welcher weiter nach innen, zum Centrum der Affektion, eine ebenso breite weifse Zone folgt. Letztere entspricht ziemlich genau dem Gürtel aneinander stehender und mit einander konfluierter Knoten. Ähnliche weifse, von einem roten Hofe umgebene Partieen sieht man auch an anderen Stellen der specifisch erkrankten Haut. Die Rötung und Schwellung ist nicht blofs an den Stellen aufgetreten, die Sitz frischer Eruptionen, eben aufgeschossener, braunroter, linsengrofser Knötchen waren, sondern auch dort, wo solche zuvor nicht bemerkt waren, hier und da in der Peripherie der Erkrankung. Bei der Patientin Neumann ist die Nase, an welcher nur ein paar unbedeutende Krusten der Nasenlöcher vorher bemerkt worden waren, rot und geschwollen. Enorm dick sind die Nasen der Patienten Günther und Neal geworden, an denen ulcerative Zerstörungen safsen.

B. Fälle, welchen am Abend des 16. November 1890 während des Vortrages die Injektion gemacht wurde.

1. Emma Schmidt, 18 Jahre. Krankheit besteht seit 11 Jahren. Patientin ist bisher dreimal operiert. Lupus nodosus an beiden Beinen und Armen. Ebenso auf

und neben glatten Narben an der linken Wange. Zudem Lupus uxulcerans am rechten Ohr. Injektion 0,01.

2. Wilhelm Noak, 13 Jahre. Krankheit besteht seit 3 Jahren. Operiert vor einem halben Jahre. Defekt der Nasenspitze und des linken Nasenflügels. Lupus exfoliativus und exulcerans der Nase. Injektion von 0,005.

3. Felix Cohn, 17 Jahre. Krankheit besteht seit 14 Jahren. Lupus der rechten Wange vor dem Ohre, zudem ausgeheilte Tuberkulose verschiedener Gelenke und der Wirbelsäule (Kyphosis dorsalis). Wegen vor Jahresfrist überstandener Pleuritis werden blofs 0,004 injiziert.

4. Marie Gottschlich, 24 Jahre. Krankheit besteht seit 4 Jahren.

Lupus exfoliativus der rechten Wange und am linken Mundwinkel. Defekt der Nasenspitze. Injektion von 0,01.

5. Fräulein Friese, 31 Jahre. Krankheit besteht seit 6 Jahren, glatte Narben auf der rechten Wange und auf der Oberlippe, dazwischen disseminierte Lupusknötchen.

Lupus exfoliativus unter dem rechten Ohr. Injektion 0,01.

Die eben ausgeführten Injektionen sind nur deswegen angestellt, um die Technik bei denselben, die Anwendung der Kochschen kolbenlosen Spritze und ihre Reinigung resp. immer neue Sterilisation durch absoluten Alkohol zu zeigen.

C. Fälle, welche schon seit einiger Zeit in der Königlichen Klinik in Behandlung sind.

1. Klingbeil, 24jähriger Tischler. Lupus exfoliativus und exulcerans der Nase, Wangen und Oberlippe. Defekt des Septum narium mobile und der Nasenflügel. Injektionen von 1,0 ccm einer 1 %igen Lösung also 0,01 am 6., 8., 10., 12. und 14. November.

Temperatur am 6. November vor der Injektion 36,2, höchste Temperatur 6. November nach der Injektion 40. — 7. November langsamer Abfall der Temperatur.

Temperatur am 8. November vor der Injektion 36,8, höchste Temperatur am 8. November nach der Injektion 39,1. Schneller Abfall der Temperatur bis zum Morgen des 9. November und normale Temperatur an diesem Tage.

Temperatur am 10. November vor der Injektion 36,5, höchste Temperatur am 10. November nach der Injektion 40,6.

Normale Temperatur am 11. November.

Temperatur vor der Injektion am 12. November 36,4, höchste Temperatur nach der Injektion am 12. November 39,5.

Normale Temperatur am 13. November.

Temperatur am 14. November vor der Injektion 36,3, höchste Temperatur am 14. November nach der Injektion 38,5.

Normale Temperatur am 15. November.

Patient erhält am Abend während der Vorstellung wieder 1,0 ccm 1%iger Lösung = 0,01.

Nach der ersten Injektion war gerade wie bei den eben vorgestellten Patienten die ganze lupös erkrankte Partie der Nasen- und Wangengegend lebhaft gerötet und geschwollen. Sie sah genau so aus, als wenn auf ihr sich ein Erysipel entwickelt hätte, in ebenso geflammten oder scharf begrenzten Linien setzten sich Rötung und Schwellung am Saume des Erkrankten ihre Grenzen. Von der rechten Wange aber zog sich ein fingerbreiter, in seiner Peripherie allmählich erblassender roter Streif zum Angulus mandibulae in mehreren Windungen hinab und setzte sich hier bis zu einer geschwollenen Lymphdrüse der Regio submaxillaris fort, offenbar entsprechend

den Lymphbahnen von der lupösen Stelle bis zur zugehörigen Gruppe der nächsten Lymphdrüsen. Schon nach 5—8 Stunden bildeten sich auf der bis dahin nur schuppenden Oberfläche des Lupus gelbe und gelbbraune dicke Krusten, die in den folgenden Tagen an Dicke und Breite noch zunahmen.

Jeder neuen Injektion folgten wiederum Rötung und Schwellung der Krankheitsfläche, aber nicht mehr in dem Maſse wie früher, sondern unverkennbar weniger. Noch eben ist die blaſsrote Fläche mit Borken und Schuppen bedeckt. Löst man dieselben, so liegt unter ihnen eine vollkommen glatte Haut, wie eine frische, noch rote Narbe. Von den flachen und ziemlich breiten abschuppenden Knötchen, welche überaus reichlich in diesem Falle im Erkrankungsgebiete und zumal an dessen Peripherie vertreten waren, ist keine Spur mehr zu sehen. Die Haut ist, wie schon gesagt, vollkommen glatt und eben. Nach Kochs Vorschriften und Wunsche sollen in diesem Falle die Injektionen so lange fortgesetzt werden, bis keine Spur einer fieberhaften Reaktion mehr nach denselben auftritt, und entsprechend ihrem Ausbleiben auch die örtliche Wirkung der Injektion, die Entzündung der erkrankten Stellen, nicht mehr wahrgenommen werden kann. Das letzte Mal ist die Körpertemperatur des Patienten bloſs auf 38,5, gegenüber 40,0 beim ersten Male gestiegen, vielleicht steigt sie, nach der heute vorzunehmenden Injektion nicht mehr an. Dann ist der Zeitpunkt gekommen, in welchem wir, entsprechend dem, was wir von Rückbildungsvorgängen schon an unseren Patienten zu sehen bekommen haben, sicher hoffen können, daſs auch die letzten Reste der Krankheit, die noch bestehende Abschuppung und Rötung, verschwinden werden. Der Verlauf ist in allen Fällen genau so gewesen, wie Koch es beschrieben hat.

2. Franziska Wachter, 45 Jahre alt. Lupus exfoliativus und exulcerans der Nase, Oberlippe und beider Wangen wie des linken Kniees. Ulcus tuberculosum der rechten Hand. Tendovaginitis tuberculosa an der linken Hand. Lupus seit 32 Jahren bestehend. Injektion von 1,0 ccm 1%iger Lösung = 0,01 am 6. November vormittags. Temperatur vor der Injektion 36,6, höchste Temperatur nach der Injektion 39,6, langsamer Abfall am 7. November, vom 8. November ab normale Temperatur.

An der oben vorgestellten Patientin ist nur einmal, und zwar vor nun 11 Tagen, die Injektion gemacht worden. Es ist das absichtlich geschehen, um zu sehen und heute nun auch zu zeigen, wie weit die Wirkungen einer bloſs einmaligen Injektion gehen. Unter der ersten Injektion litt Patientin, obgleich ihre Körpertemperatur 40° nicht überstieg, doch schwer. Sie fühlte sich krank und war sichtbar angegriffen, selbst noch am dritten und vierten Tage nach der Injektion. Die örtliche Wirkung war in doppelter Hinsicht bemerkenswert. Einmal wegen der enormen Schwellung des Gesichts. Noch am Tage nach der Injektion war Patientin nicht imstande die Augen zu öffnen, so stark war das Odem der Lider. Aufserdem aber schwollen beide Hände an. Der Schorf auf dem Rücken des rechten Handgelenks, welcher die Folge einer Verschorfung des Lupus mit dem Thermokauter gewesen war, umgab sich mit einem hochroten, wohl einen Centimeter breiten und deutlich erhabenen Wall, um den rings das Rot sich bis in die Finger und an die Grenze des unteren und mittleren Drittels vom Vorderarme erstreckte. Über die Anwesenheit von zwei Gruppen kleiner, flacher und kaum bemerkbarer Lupusknötchen dicht oberhalb der linken Kniescheibe waren wir gar nicht unterrichtet gewesen, als auf der Höhe des Fiebers die Patientin über Schmerzen daselbst klagte, und nun erst wir auch hier den Lupus erkannten. Ebensowenig wuſsten wir etwas von der Tendovaginitis an der linken Hand, als wir am Abende des Injektionstages eine ausgedehnte, spindelförmige Schwellung von lebhafter Empfindlichkeit längs der Sehne des Extensor pollicis longus entdeckten. Patientin erzählte, daſs sie vor einigen Wochen hier eine gleiche, aber ganz allmäh-

lich entstandene Schwellung gehabt hätte, welche seit mehr als 14 Tagen durch Einwickelungen mit einer Gummibinde gehoben gewesen wäre.

Auf dem Lupus des Gesichts bildeten sich blasse Erhebungen, und trocknete das während der Entzündungsperiode aussickernde Serum zu dicken Borken ein, die während der ganzen Woche sitzen blieben. Dann blätterten sie ab. Auf der wulstigen, rüsselförmig vorstehenden Oberlippe der Patientin saſsen sie am längsten und festesten. Wo sie abgefallen sind, bemerkt man auch jetzt wieder eine vollständig glatte, zarte, rosarote Haut. Aber hie und da, freilich nur sehr vereinzelt, sind in den Randpartieen der erkrankten Gesichtsregion noch flache, braunrote Knötchen bemerkbar, so z. B. am oberen rechten Augenlide. Der gröſste Teil aber der ausgedehnten und schwer affizierten Krankheitsfläche muſs schon heute als in Heilung begriffen angesehen werden. Am auffälligsten ist die Rückbildung der Oberlippe, die auf mehr als die Hälfte ihres anfänglichen Volumens zurückgegangen ist und statt eines von Knoten eingefaſsten, in tiefer Längsfurche sie durchsetzenden Geschwürs, jetzt eine von hellroter Haut umsäumte längs gestellte Narbe weist. Nur auf der linken Wange, und zwar inmitten derselben, liegt noch ein gut granulierender fingernagelgroſser Substanzverlust, der hier unter einer rupiaförmigen Borke entstanden war. Die lupösen Herde am rechten Handrücken und in der linken Kniegegend sind verschwunden, d. also geheilt, die Schwellung aber längs der Sehne des Extensor pollic. longus besteht noch. Wir haben allen Grund anzunehmen, daſs unter Wiederholung der Injektionen bald die Heilung an allen Stellen, die krank gewesen sind, wird konstatiert werden können. Ob in rascher Aufeinanderfolge, oder zweckmäſsiger in längeren Pausen die Injektionen zu machen sind, wird jetzt ja immer reichlicher werdende Erfahrung der Ärzte festzustellen haben.

3. Bellermann, 32jähriger Schuhmacher. Tuberkulöse Ulcerationen am Proc. alveolaris des Oberkiefers und am harten und weichen Gaumen mit kleinen Knötchen in der Umgebung. Seit etwa $^3/_4$ Jahren bestehend. 6. November Injektion von 1,0 ccm 1 %iger Lösung = 0,01. Temperatur vor der Injektion 36,5, höchste Temperatur nach der Injektion 39,9.

Am 7. November und den folgenden Tagen keine Temperatursteigerungen trotz wiederholter Injektionen von je 0,01. Am 14. November Injektion von 0,02. Keine Temperatursteigerung.

Der vorgestellte Patient gehört zu denjenigen, auf welche Kochs Ausspruch, daſs mit dem Aufhören der fieberhaften Reaktion nach den Injektionen die Patienten zunächst als geheilt angesehen werden müſsten, trefflich paſst. Anfangs rötete sich fast die ganze Schleimhaut des Proc. alveolaris und palatinus beider Oberkiefer, sowie der weiche Gaumen, dann ging die Rötung zurück. Die gelblich belegten, stark zerklüfteten, wie angenagt und tief gestichelt aussehenden Flächen der tuberkulösen Partieen, reinigten und flachten sich sehr schnell ab, sie sind jetzt, wie man sich überzeugen kann, vollständig glatt und gleichmäſsig rot. Sie beginnen von den Rändern her sich mit einer Epithelschicht wieder zu überkleiden.

B. führte noch einen Fall vor, bei dem es sich nicht um eine tuberkulöse Erkrankung handelte. Es sollte an diesem Falle, sowie später noch an einem zweiten — noch eklatanteren — gezeigt werden, wie sehr Koch Recht hat, wenn er schreibt, daſs sein Mittel ein richtiges, ja unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel werden wird. Es handelt sich um einen 44 Jahre alten Mann, bei dem eine höckerige, tief zerklüftete und wie mit niedrigen papillären Excrescenzen bestandene, ziemlich ausgebreitete, ulceröse Erkrankung der Schleimhaut der Wangen und des anstoſsenden Proc. alveolaris vom linken Oberkiefer den Verdacht eines Karcinoms erweckt hatte. Früher überstandene Syphilis, die noch nach Jahren neue Schübe gemacht hatte,

konnte ebensowenig, als auch Tuberkulose als Ursache der Affektion mit Sicherheit ausgeschlossen werden. B. exstirpierte vor 8 Tagen ein gröfseres Stück der Geschwulst. Die mikroskopische Untersuchung zeigte kleinzellige Infiltrate in und unter der Schleimhaut, die für gummöse gehalten wurden. Am Morgen ist mit den anderen Patienten dem Manne eine Einspritzung von 0,01 — also die Maximaldosis — gemacht worden. Dieselbe Einspritzung, welche in gleicher Menge, ja noch blofs in ihrem zehnten Teile noch Temperatursteigerungen von 41 ° an den schon vorgeführten und noch vorzuführenden Patienten gemacht hat, ist bei diesem, nicht tuberkulösen Manne vollständig wirkungslos geblieben. Er ist fieberfrei. Seine Körpertemperatur hat heute zwischen 37,0 und 37,5 geschwankt.

F. (4) veröffentlicht die von Levy bereits angeführten Fälle.

D. (5) gibt einige Anleitungen für die Injektion; man soll sich die Lösungen 10 pCt. und 1 pCt., je nach Bedarf am besten frisch bereiten. Nimmt man zur Verdünnung des Mittels 0,5 pCt. Karbolsäurelösung, so hält sich dieselbe beliebig lange klar und funktionsfähig und bedarf keiner wiederholten Sterilisierung. Die vorrätigen Lösungen werden in Reagenzgläschen aufgehoben, deren Öffnung mit einem Wattebausch oder einer kleinen Gummikappe verschlossen wird. Zum Transport sind geeignete, an Patronentaschen erinnernde Taschen konstruiert, welche bequem das Mitführen der verschiedenen Lösungen in gröfserer Quantität gestatten und die Gläschen auch gegen äufsere Insulte mäfsiger Intensität schützen Will man die Gläschen zur Anwendung benutzen, so stellt man sie am besten in einen hohen hohlen Gegenstand, Wasserglas oder dergl., und ist so sicher keinen Stoff zu verlieren, wenn man mehrere Injektionen hintereinander entfernt von der eigenen Wohnung zu machen hat und nicht Mefscylinder und Karbollösung mit sich führen will. Nach der Injektion wird die injizierte Flüssigkeitsmenge durch leichtes Hinundherreiben zu verteilen gesucht. Zur Bekämpfung des Schüttelfrostes sind gewärmte Betten und heifse Getränke hinreichend. Manchmal vermochte Phenacetin, prophylaktisch genommen, die Temperatursteigerung bis zu einem gewissen Grade zu kupieren.

II. Brief aus Berlin.

Berlin, den 10. Dezember 1890.

Sehr geehrter Herr Redakteur!

Robert Koch, der begabteste und zielbewufsteste Forscher, hellblitzend und leuchtend in seinen Gedanken wie Methoden, erscheint in seiner neuesten Gabe mit einem Heilmittel gegen die Tuberkulose als ein Retter der Menschheit, als ein gottbegnadeter Genius, wie ihn die Geschichte der Medizin wohl nie gekannt. All dies näher auszuführen sind wir weder berufen noch fähig genug, das wird die Geschichte, das werden die besten Männer der Medizin von nun ab aller Orten unaufhörlich thun. Uns kann es hier nur einfallen, der Wichtigkeit der Sache entsprechend, Ihnen, Herr Redakteur, von Zeit zu Zeit mehr oder minder ausführliche Berichte zu schicken, weil wir hier an der Quelle sitzen, und alles was an Beobachtungen mit dem neuen Mittel, im eifrigen und ernsten Wettlauf von den berufensten Forschern bekannt gemacht wird, nach Möglichkeit selbst und mit den Augen des Dermatologen schauen und mit seinen Händen betasten können. Weit entfernt in diesen aphoristischen Berichten irgend eine Vollständigkeit nach der einen oder anderen Seite hin zu Tage fördern zu können, hoffen wir vielmehr auf diesem Wege nur Bausteine zu sammeln und die Anregung zu einer Korrespondenz zu geben, die um so fruktifizierlicher werden kann, wenn Sie, Herr Redakteur, und Ihre Mitarbeiter die Güte haben sich daran lebhaft zu beteiligen und durch Fragen, Antwort und Gegenfrage die Sache im peripatetischen Sinne zu beleben. Defswegen möchten wir es auch Ihnen überlassen, von unseren und Ihren allenfalsigen Gegenmitteilungen, soweit es Ihnen passend erscheint, Gebrauch zu machen und denselben am Schlusse Ihrer Zeitschrift ein bescheidenes Plätzchen zu gewähren.

Heute schon ein abschliefsendes Urteil zu geben, kann aber niemand einfallen, uns am wenigsten, die wir nur zu genau wissen, wieviel Zeit, Arbeit und nüchterne Beobachtung dazu gehört, alle die alten und immer neu auftauchenden Fragen und Antworten zu beleuchten. Nur bruchstückweise können wir andeuten, was uns heute schon sicher und daher beachtenswert erscheint.

Im allgemeinen können wir heute hier vorausschicken, dafs wir im wesentlichen bestätigen können, was ROBERT KOCH in seiner denkwürdigen Veröffentlichung vom 13. November d. J. in so bescheidener, lichter und einfacher Weise geäufsert hat. Wir versagen es uns aber heute darauf einzugehen, ob und wie lange Versuchstiere unempfänglich gegen Impfung mit Tuberkelbacillen werden und wie weit bei schon erkrankten Tieren der tuberkulöse Krankheitsprozefs zum Stillstand zu bringen ist. Auch was wir unter beginnender Phthise beim Menschen und ihre Heilbarkeit nach KOCH zu verstehen haben, wollen wir heute noch nicht erörtern und ebensowenig über die in praxi am besten durchführbaren Verdünnungs- und Injektionsmethoden namentlich bezüglich der Applikationsstellen der anzuwendenden Spritze uns äufsern, wenn auch später gern auf Ihre Anregung alles Diesbezügliche und Berücksichtigenswerte mitgeteilt werden soll. Aber das können wir schon jetzt äufsern, dafs nicht weniger, sondern viel mehr als KOCH uns sagte, das Mittel zu bringen verspricht. Ja wir glauben, dafs die Perspektive, die uns durch dieses neue Mittel und seine Erfolge eröffnet wird, heute schon unabsehbar ist für alle Formen der bis jetzt bekannten und unbekannten, lokalen wie allgemeinen Tuberkulose. Noch mehr — in Analogie der für letztere betretenen zielbewufsten Wege bei allen Infektionskrankheiten in specie des immun machenden — werden uns neue weite Bahnen eröffnet. Wer enttäuscht ist und nicht genug findet, der kennt die Tuberkulose und ihren Verlauf nicht, der kennt nicht die Lehre von der Tuberkulose sonst und jetzt, der kennt nicht die zahllosen Glieder an der Kette einer Krankheit, wie der Tuberkulose, deren eines allein, und wohl das erste und wichtigste, uns KOCH durch sein Mittel bekämpfen gelehrt hat. Nicht der Tuberkelbacillus in erster Linie, sondern das durch ihn hervorgerufene frische, jugendliche, tuberkulöse „Bastardgewebe“ — wie es BILLROTH nennt — wird von der subkutanen Injektion mit dem Mittel betroffen, derart, dafs nur die specifisch erkrankten Partieen, wenn sie noch so weit abliegen von der Infektionsstelle, reagieren. Immer wieder wirkt die Injektion, so lange noch frisches, tuberkulöses Gewebe vorhanden, sodass ihr aufser ihrem therapeutischen Wert eine grofse Bedeutung für die Diagnose unklarer Krankheitserscheinungen zukommt.

So wurde durch die Injektion bereits die Anwesenheit von frischen tuberkulösen Geweben an Stellen konstatiert, wo früher ein tuberkulöser Prozefs vorhanden gewesen, der sich jedoch durch mehrjähriges Fehlen von jeder weiteren krankhaften Erscheinung als abgelaufen und geheilt betrachten liefs. Andererseits sehen wir Krankheitsprozesse auf das Mittel reagieren, die bisher als nicht tuberkulös angesehen worden sind. Mufs man nun alle diese Prozesse, die von dem Mittel betroffen und geheilt werden, als tuberkulös betrachten? Wir glauben nicht dazu berechtigt zu

sein, mindestens solange der Tuberkelbacillus und der Tuberkel bei diesen Prozessen nicht nachgewiesen wird.[1] Die Lymphe könnte diagnostische und therapeutische Folgen haben, die Koch selbst nicht geahnt hat; durch sie könnten morgen nicht allein Prozesse zweifelhafter Natur wie der Lupus exythematosus, das Ekzema tuberculosum (Unna) etc., sondern Prozesse verändert werden, welche entschieden mit der Tuberkulose nichts gemein haben. In diesem Sinne, trotz der sicheren Wirkung des Mittels bei allen frischen tuberkulösen Prozessen, möchten wir nicht seine diagnostische Bedeutung also specifisch ansehen, wenigstens solange nicht bei allen Prozessen, welche auf die Injektion reagieren, der Tuberkelbacillus als Krankheitserreger erwiesen wird. Er ist doch heute noch das einzige Kriterium, nach unserer Meinung, an der wir vor wie nach der neuen Entdeckung für die Diagnose festhalten müssen. Wir wollen hier nicht unsere Aufgabe über die bis jetzt erzielten Resultate bei der Behandlung von tuberkulösen Prozessen in anderen Organen ausdehnen, sondern nur über diejenigen in der Haut berichten, und so wenden wir uns gleich dem uns hier am meisten interessierenden Krankheitsprozefs, dem **Lupus vulgaris** zu.

So verschieden gestaltig der Lupus vulgaris uns erscheinen mag, als L. maculosus, tuberculosus, hypertrophicus, nodosus exfoliativus, exulcerans, verrucosus, serpiginosus etc., immer erscheint uns nach der Injektion mit dem Kochschen Mittel dieselbe Reaktion mit Rötung, Schwellung, Aussickerung, dann Krustenbildung, die abfällt mit Hinterlassung von einer glatten Narbe an all den Stellen, die frische tuberkulöse Gewebe beherbergen. Das haben wir an zahlreichen Fällen bei Bergmann, Cornet, Köhler, Levy u. a. immer wieder ebenso präcis wie bei den wenigen von uns selbst beobachteten konstatieren können. Keine noch so barbarische Behandlung mit Glüheisen, Ätzung, scharfem Löffel, Messer etc. hat annähernd bis jetzt so prompte, glänzende Resultate mit so heiler Haut und glatter Oberfläche und in so kurzer Zeit beim Lupus vulgaris geliefert wie die Kochsche Injektion. Dieses Resultat allein schon wäre des Lobes, des Dankes und der Reden der Besten wert, wenn — was eben noch festzustellen ist — wenn überall, wie sonst auch, hier über kurz oder lang lokale Recidive eintreten.

Wir können an dieser Stelle einen Fall von Lupus erwähnen, den Köhler in der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitspflege vorgestellt hat, der monatelang von uns und anderen durch chemische und chirurgische Behandlungsmethoden vergeblich traktiert worden war, bis verhältnismäfsig wenige Injektionen mit dem Kochschen Mittel in der kürzesten

[1] Oder sollen wir auch für tuberkulös halten, was durch die Absonderungsprodukte der Tuberkelbacillen an Krankheitserscheinungen bedingt wird?

Zeit unglaublich weit fortgeschrittene Besserung, wenn auch bis heute noch nicht völlige Heilung erzielt ist.

Aufser mit Lupus vulgaris haben wir zunächst bei **Lupus erythematodes** in 3 Fällen die Injektionen mit dem Kochschen Mittel versucht und uns dazu für berechtigt gehalten, nicht nur weil die Ätiologie dieser Krankheit noch völlig im Dunkeln ist, sondern weil eine Reihe bemerkenswerter Autoren, namentlich in Frankreich, den Zusammenhang mit Tuberkulose urgieren, ja sogar manchmal beide Formen des Lupus als eine Krankheit auffassen und demnach eine vom Lupus vulgaris verschiedene Form, den Lupus erythematosus, nicht gelten lassen.

Wir behalten uns vor, über diese Fälle, die sämtlich noch in Behandlung sind, später ausführlich zu berichten. Aber schon heute können wir erwähnen, dafs alle drei genannten Fälle auf Dosen von 0,01 mit Schüttelfrost, Fieber und den anderen bekannten Erscheinungen allgemeiner Reaktion antworteten, während wenigstens im einen und zwar dem weitest vorgeschrittenen Falle auch lokal Rötung, Schwellung und nachherige Glättung der erkrankten Partieen nachzuweisen war. Es ist dies der von Miethke beschriebenene Fall (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. IX. S. 348), der nach 15jährigem Bestande fast das ganze Gesicht und die Kopfschwarte (an letzterer mit beinahe völliger Alopecie) betroffen hat und bei dem, namentlich an exquisit weifsen narbigen Stellen, wie sie durch Pyrogallussäure und andere Behandlungen erzielt worden waren, deutliche rote Erhabenheiten auftraten.

Bei **Lichen ruber planus** haben wir in zwei Fällen, aus später zu erörternden Gründen die Injektion mit dem Kochschen Mittel versucht und in beiden Fällen die überraschende Thatsache kontastiert, dafs der lokale Prozefs wesentlich beeinflufst und zum Schwinden gebracht wird, während nur bei dem einen eine allgemeine Reaktion mit Schüttelfrost, Übelkeit, Fieber etc. zutage trat.

In einem Fall von tuberkulöser Karies der Metatarsalknochen war aufser hochgradiger allgemeiner Reaktion bis zu 40,2 auf eine Injektion von 0,003 die lokale Reaktion in der Weise bemerkenswert, dafs die mit Tuberkeleruptionen behafteten Fistelgänge zersinterten und kraterartige Geschwüre bildeten, um schliefslich bei geringerer Eiterung zur völligen Heilung zu tendieren.

Besonders beachtenswert erscheint uns ein langjähriger Fall von tuberkulöser Karies des Hüftgelenkes mit weit ausgebildeten Narben und Fisteln schwammiger Natur, der wiederholt operiert worden war. An ihm trat nach der erstmaligen Injektion eine geringe allgemeine lokale Reaktion auf. Dagegen war rings um den Stamm ausgebreitet in mehr oder minder kreisförmigen Gruppen ein Ausschlag zu konstatieren, der durch kleine, harte, blafsrote, mit leichten Schüppchen bedeckte solide Knötchen

charakterisiert war und in Allem dem **Lichen scrophulosorum HEBRAE** vollkommen glich. In dieser Auffassung wurde man noch mehr bestärkt durch den weiteren Verlauf, der diese Knötchen, ohne sie weiter zu verwandeln, allmählich unter Abschuppung kleiner werden und verschwinden liefs.

Soweit uns bekannt, ist dies der erste derartige Ausschlag, der unter den vielen bis jetzt von uns und anderen gemachten Injektionen in so charakteristischer, Lichen scrophulosorum ähnlicher Form zutage trat. Denn alles was wir oder auch andere als Folge der Injektionen mit dem KOCHschen Mittel auf der Haut zu Tage treten sahen, waren meist nur scarlatiniforme und morbilliforme Hyperämien mit mehr oder minder grofser Ausbreitung und Abschuppung im Verlauf. Noch einer weiteren, nicht uninteressanten Form von Ausschlägen sind wir im Gefolge von Injektionen begegnet, das ist die Eruption von gruppenförmig erscheinenden kleinen schmerzhaften Bläschen in der Haut, um den Mund und die Schleimhaut der Lippen und Zunge herum, genau so, wie wir sie beim Herpes labialis zu sehen gewohnt sind.

Man sieht, eine Reihe von neuen Fragen und Rätseln eröffnet uns das KOCHsche Verfahren, die nur eine längere, streng wissenschaftliche Beobachtung und Sichtung klarzulegen im stande sein werden. Erst dann wird man sehen können, was durch das Mittel specifisch und nicht specifisch hervorgerufen wird, ob und wie viel von Tuberkelbacillen und wie viel von ihren Absonderungsprodukten abhängt, wie weit und wie eng wir den Begriff der Tuberkulose und ihrer möglichen oder wirklichen zeitlichen oder dauernden Heilung allgemein oder lokal zu fassen im stande sind.

Genehmigen Sie, Herr Redakteur, den Ausdruck unserer vorzüg-züglichen Hochachtung

Ihre ergebensten

SCHWENINGER und BUZZI.

III. Brief aus Wien.

Wien, am 8. Dezember 1890.

Alle wissenschaftlichen Berichte über die Wirkung der Kochschen Flüssigkeit auf den Menschen müfsten eigentlich jetzt mit ironischem Lächeln aufgenommen werden — kommen sie doch alle post festum. Nachdem die glänzendsten Nekrologe auf die Tuberkelbacillen bereits von Billroth und Nothnagel gehalten, nachdem Koch bereits zum Ehrenmitglied des Wiener Doktoren-Kollegiums ernannt, nachdem durch den Ober-Sanitätsrat in Wien die mit der Kochschen Flüssigkeit behandelnden Ärzte zur Anzeigepflicht bei der politischen Behörde gezwungen und nachdem die Kochsche Flüssigkeit als Tuberkelbacillen zerstörender Impfstoff durch die österreichische Finanzbehörde unter die zollfreien Güter registriert worden ist — nach alledem kommen eigentlich die wissenschaftlichen Untersuchungen viel zu spät. Aber trotzdem rufen sie auch hier das gröfste Interesse wach, besonders wenn sie von denjenigen Forschern ausgehen, welche gleich von vornherein den wahren Gehalt der „Vorläufigen Mitteilungen“ erkannt haben und welche nicht von einer „Bescheidenheit“ sprachen, welche dem Entdecker diesen unscheinbaren Titel seiner Publikation diktiert hätte. Es gereicht jedenfalls der eigentlich Wiener medizinischen Schule zum gröfsten Verdienste, dafs zur selben Zeit, wo die Phantasie mancher hochgestellter Ärzte wahre Orgien feierte, Männer wie Albert, Kaposi und Stellwag von Carion zur ruhigen und kritischen Beurteilung der Entdeckung aufforderten.

Nachdem durch von Hebra und Neumann die ersten Lupusfälle in Wien mit der Kochschen Flüssigkeit geimpft waren, wurde vor 14 Tagen an der Kaposischen Klinik mit der systematischen Untersuchung der Wirkung auf die menschliche Haut begonnen. Da ja Koch selbst den Lupus der Haut als günstiges Objekt der Beobachtung empfohlen hat, so standen natürlich überhaupt dermatologische Fälle gleich von Anfang an im Mittelpunkte des ärztlichen Interesses. Da die Injektionen zum rein wissenschaftlichen Studium des Mittels gemacht wurden, so wurde eine passende Auswahl der Fälle getroffen, und zwar Lupöse mit kleineren und mit ausgedehnteren Herden in allen Formen und Nicht-Lupöse, wie Syphilis papul. corymb., Lepra macul., Lupus erythem. Der Injektion ging eine genaue Aufnahme des Allgemeinzustandes vorher, und die Beo-

bachtung nach der Injektion erstreckte sich auch auf Harn- und Blutveränderungen. Die histologischen und bakteriologischen Untersuchungen exstirpierter Hautstückchen werden vom Assistenten Dr. Lukasiewic noch fortgesetzt.

Über die bis jetzt gewonnenen Resultate wurde von Prof. Kaposi in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte Bericht erstattet, welchem wir folgende Daten entnehmen.

Die allgemeine Reaktion, sowie die lokale verlief beim Lupus entsprechend dem bekannten Typus. Aber dieselben Erscheinungen traten auch bei dem Lupus erythematosus disseminatus auf, welcher über das ganze Gesicht und in einzelnen Plaques auch über den Rücken ausgebreitet ist. Weder vor noch nach der Injektion ist ein tuberkulöser Herd bei der Patientin zu entdecken gewesen und doch reagierte sie auf 0,005 gr der Flüssigkeit wie eine Lupöse. Da die Klinik und die Anatomie des Lupus erythem. eine Zugehörigkeit dieser Krankheit zur Gruppe der tuberkulösen Erkrankungen des Hautorganes nicht zuläfst, so liegt hier eine Ausnahme von der Hauptregel, dafs nur tuberkulöses Gewebe auf die Kochsche Flüssigkeit reagiert, vor. Eine zweite Ausnahme liegt in dem Falle von Lepra maculosa anaesthetica vor, bei welcher aufser der Allgemeinveränderung im Körper eine stärkere Schwellung der gefärbten Partieen auf den Wangen und Schmerzhaftigkeit auf Druck daselbst zu konstatieren war. Ähnliche Erscheinungen traten auch zutage bei einer Patientin mit zerfallenen syphilitischen Gummen in der Kniegegend; ohne dafs Allgemeinreaktion vorhanden war, schwollen die Ränder der Geschwüre an, röteten sich und der Grund secernierte stärker. Ein Patient mit maculo-papulösem Syphilid zeigte ebenfalls keine allgemeinen Veränderungen, aber die Tonsillen waren gerötet und geschwollen, und auf den zerfallenen Papeln daselbst fand sich eine seröse Sekretion. Bei einem Patienten mit Sarkom des Pharynx, welcher an dem Winkel zwischen Uvula und weichem Gaumen ein Geschwür hatte, traten unter leichter Fieberbewegung ebenfalls Rötung, Schwellung und seröse Sekretion auf.

Selbstverständlich berichtete Kaposi über diese Nicht-Lupösen nur zu dem Zwecke, um überhaupt die Wirkung des Mittels auf den menschlichen Organismus weiter zu illustrieren, irgend welche Schlüsse über die kurative oder differential-diagnostisch verwertbare Eigenschaft desselben lassen sich mit Sicherheit nach einer so kurzen Beobachtungszeit noch nicht ziehen.

Bei dem praktischen Arzt hat selbstverständlich die Kochsche Flüssigkeit als „Heilmittel für Lupus vulgaris und beginnende Lungenphthise" die gröfsten Erwartungen wachgerufen, und wenn er auch die Reserve, welche man sich in betreff der Beurteilung eines Heilerfolges bei Phthise

noch auferlegt, vollkommen würdigen kann, so fragt er doch erstaunt, weshalb die geheilten Fälle von Lupus, über welche der Fachmann doch ein definitives Urteil abzugeben vermag und welche seit dem Monat September beobachtet werden, doch so wenig Hoffnungsfreudigkeit bei den Chirurgen und Dermatologen erwecken?

Wenn nun auch heute noch nicht mit voller Sicherheit von den Injektionen eine Heilung oder Besserung des Lupus zu erwarten ist, so würde man in der Praxis doch schon sehr damit zufrieden sein, wenn man getreu dem obersten Grundsatz der Therapie „nicht schaden" und überzeugt von der Unschädlichkeit des Kochschen Mittels Gebrauch davon machen dürfte. Da bereits die Patienten gegen die „veralteten" Methoden des Lapisierens, Paquelinisierens etc. revoltieren, so steht der Arzt vor der Notwendigkeit, die Kochsche Flüssigkeit anwenden zu müssen.

Aber nicht einmal von der Unschädlichkeit des Mittels dürfen wir uns für überzeugt halten. Dafs bei Phthisikern, bei Larynxtuberkulose bedrohliche Symptome nach der Injektion auftreten können, wird ja schon von allen Seiten berichtet; dafs aber auch bei Lupösen mit wenig ausgedehnten Herden auf der Haut schwere Allgemeinerscheinungen auftreten, ist eine sehr beachtenswerte Beobachtung, welche auf der Kaposischen Klinik gemacht wurde. Ein Mädchen mit Lupus der Nase bekam auf eine Dosis von 0,005 gr langdauernden Kollaps; ein anderes Mädchen mit Lupus der Wange starkes Erbrechen und Bluthusten; der Fall von Lupuserythem 3 Tage lang Temperatur bis 40,7. Kaposi betont die Schwäche und Abmagerung, welche nach der Injektion sich entwickelt und welche dazu zwingt, die weiteren Injektionen in gröfseren Zwischenräumen, nachdem die Patienten durch besonders gute Pflege sich wieder erholt hatten, vorzunehmen. Ferner macht er darauf aufmerksam, dafs seine Patienten nach der Injektion im allgemeinen eine stärkere Allgemeinreaktion bei geringerer Lokalreaktion gezeigt hätten, eine Erscheinung, welche an eine kumulative Wirkung des Mittels denken liefse.

Als differentialdiagnostisches Mittel kommt die Kochsche Flüssigkeit für die Krankkeiten der Haut weniger als für innere Krankheiten in Betracht, aber andererseits läfst sich gerade an Hautkrankheiten diese Eigenschaft der Kochschen Flüssigkeit leicht prüfen. Wenn Lupus erythematosus, wenn Lepra, wenn Sarkom, wenn Syphilis an den Krankheitsherden reagieren können, so wird gewifs die Bedeutung der Flüssigkeit als specifisches Mittel gegen tuberkulöses Gewebe beträchtlich herabgemindert — oder man müfste die bis heute von den tuberkulösen Erkrankungen als vollständig verschieden gehaltenen Krankheiten auch der Domäne des Tuberkelbacillus zuweisen. Mit dem Lupus erythematosus ist es ja bereits trotz des entgegenstehenden klinischen Verlaufes und des histologischen Baues geschehen. Bei weiterer Konsequenz wird man es aber doch wohl

vorziehen, die specifische Wirkung der Kochschen Flüssigkeit für nicht unfehlbar zu halten, als sich zu der Meinung zu bekennen, daſs alle Menschen, welche auf das Mittel reagieren, wenn auch nur minimale Mengen tuberkulösen Gewebes in sich beherbergen, eine Meinung, welche an die historischen Syphiliskörperchen, die in jedermanns Blut zu finden waren, lebhaft erinnert.

Die praktischen Ärzte, welche nach Veröffentlichung der „Vorläufigen Mitteilungen“ mit Recht von den Vorstehern der Krankenhäuser positive Bestätigungen der gerühmten Heilerfolge erwarten durften, sehen sich leider bis jetzt nur auf Berichte angewiesen, welche mehr den Charakter experimenteller Studien besitzen. Selbst die Chirurgen und Dermatologen, welche die Heilungsvorgänge unter ihren Augen an der lupös erkrankten Haut sich abspielen sehen sollen, bewahren in ihrem Urteil eine Zurückhaltung, welche bei den mit gröſster Spannung wartenden Ärzten und Kranken nicht sehr hoffnungserregend wirken kann. Der einzige Trost bleibt uns, daſs gar bald eine vorurteilsfreie Beobachtung die anfänglich behaupteten Wirkungen der Kochschen Flüssigkeit wenigstens auf ihren diagnostischen Wert hin geprüft haben wird.

Dr. Louis Philippson.

Sachregister.

Abolitionismus und Prostitution (Tarnowsky) 399.
Abscesse, Gonokokken in den periurethralen, blennorrhoischen 565.
Abschnürungen der Zehen, spontane 45.
Acetonämie, Diabetes, Syphilis (Jullien) 279.
Achorion Schönleinii in den Nägeln 562.
Achromasie 43.
Addisons Krankheit, eigentümlicher Fall von (Ohmann-Dumesnil) 560.
Adenitiden, syphilitische 181.
Adenitis gummosa 407.
Adenom 10; der Schweifsdrüsen (Perry) 462; — und Talgdrüsen 509.
Ätherische Lösungen in der Hauttherapie (Sawyer) 216.
Ainhum und kongenitale Amputation, über (Rouget) 45.
Akanthosis nigricans 444.
Akne der Schleimdrüsen 321; — des Gesichts, akute (Kaposi) 287.
— Behandlung mit Thiol 290; — mit Lilionèse 292.
Akne necrotica 505. 506; — Fall von (Havas) 79.
— punctata 506.
— rosacea 421. 530; — Behandlung mit Thiol 290.
— teleangiektodes (Kaposi) 287.
— varioliformis s. necrotica.
Akneiforme Arzneiexantheme 213.
Akneiformes Ulerythem (Unna) 82.
Akne-Prurigo s. Sommerprurigo.
Akrodynie 420.
Akustikusstamm, syphilitische Erkrankung des (Jung) 556.
Albinismus 42. 272; — partialis 359.
Albuminurie bei Syphilis 279; (Petersen) 282.
Alkohol oder alkoholische Lösungen als Abortivum gegen Herpes (Dupus) 178; —, Purpura durch 127.
Alkoholexanthem 372.
Allgemeine Pathologie s. Pathologie.
Alopecia, Behandlung der (Hallopeau) 79.
Alopecia areata 128. 155. 561.
— — nach Verletzungen (Ohmann-Dumesnil) 188.
— contagiosa 505.
— neurotica 562.
Altersergrauen der Haut 272.
Altersveränderungen der Haut 145.
American dermatological Association 238. 396.
Amitose (direkte Teilung), über (Löwit) 36.
Amputation, Ainhum und kongenitale (Rouget) 45.
Anämie 542; — diffuse 493.
Anästhesierungsverfahren bei kleineren Operationen (Dobisch) 48.
Angina bei Erythema nodosum 524.
Angiokeratom 113. 290. 503 (Mibelli) 462.
Angiome 358; — der Lymphgefäfse 51. 105.
Angioneurosen (Unna) 417. 488. 528; — durch Arzneien 198.
Angioneurosen bei Papillomen 355.
Anhängsel der Haut (Rémy) 215.
Anilinfarben Merck, antiseptische Eigenschaften der (Petersen) 85.
Anthrax, Behandlung des (Polaillon) 461.
Antipyrin gegen Urticaria chronica nervosa (Nitot) 219.
Antipyrinexanthem 369.
Antipyrinvergiftung, Fall von akuter (Schwabe-Woldenberg) 37.
Antisepsis bei frischer Urethritis anterior, Anwendung der (White) 565.

Antiseptica in der Syphilisbehandlung, lokale (Hallopeau) 78.
Antiseptik der Harnröhre und Harnblase ohne Blasenschnitt (Ziemssen) 375.
Aphthenartige Erkrankung der Mundschleimhaut bei Pemphigus vegetans 431.
Arbeiter-Berufsdermatosen (Blaschko) 87.
Aristol, über (Seifert) 126; — (Eichhoff) 289; — (Pollak) 289; — über die bakteriologische Bedeutung des (Heller) 241.
Armeen, die venerischen Krankheiten in den (Töply) 185.
Arnikaausschläge 213. 252.
Aromatica, speciell des Resorcins im Fette des tierischen Organismus, analytische und synthetische Belege für die Überführbarkeit der (Andeer) 566.
Arsenik in den Knochen, Lokalisation des 88.
Arsenik, Pigmentation der Haut nach innerlichem Gebrauche von (Haffler) 44.
Arsenikbehandlung, Auftreten von Zona während (Nielsen) 302.
Arsenmelanose, über (Wyss) 229.
Arthritis gonorrhoica, Fall von intensiver (Mauriac) 35; (Deutschmann) 231.
Arzneiexanthem, ein seltenes (Veiel) 368; — durch äufserlichen Gebrauch (Fox) 245; — in specifische und dynamische, über die Behrendsche Einteilung der (Brooke) 193; — das Wesen der (Unna) 213; — (Köbner) 336.
Asphyxia localis 177. 425. 488. 493; — der Extremitäten mit chronischer eitriger Polydactylitis und ephemerer Entwickelung von disseminierter symmetrischer pustulöser Dermatitis, Fall von lokaler (Hallopeau) 33.
Association, American dermatological 238. 396.
Atheromcysten 413.
Atrophia der Haut, ungewöhnlicher Fall von (Ohmann-Dumesnil) 392.
— maculosa et striata im Gefolge von Ileotyphus (Shepherd) 398.
Atrophische Streifen 333.
Atrophoderma 395.
Auramin als Antiseptikum 85.
Autogramm der Haut, normales 490.
Autographiker 491.

Bad, Hautresorption im (Keller) 215; — zur Behandlung der Syphilis, über die Verwendung der elektrischen Kataphorese im elektrischen (Ehrmann) 280.
Baelzsche Krankheit 318.
Bakteriengattungen mit Mycelien, Untersuchungen über einige (Almquist) 46.
Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik, Einführung in d. Studium der (Günther) 514..
Balanoposthitis syphilitica 176.
Bartholinische Drüsen bei Gonorrhoe, Erkrankung der 211.
Basedowsche Krankheit, Pigmentierung bei (Macdonnel) 134.
Berichtigungen Köbners 336. 376.
Berliner dermatologische Vereinigung 138. 241.
Berührungssensibilität 397.
Berufsdermatosen der Arbeiter (Blaschko) 87.
Besserungsanstalten für die Prostituierten 288.
Blase, Extraktion von 5 abgebrochenen Katheterstücken aus der (Körig) 291.
— ohne Katheterismus, Ausspülungen der männlichen (Rotter) 334.
— Antiseptik d. Harnröhre u. (Ziemssen) 375.
— eines Kindes, Schleimpolypen in der. Operation. Tod (Batchelor) 230.
— durch eine oberhalb der Pubes eingelegte Dauerkanüle, permanente Drainage der männlichen (Johnston) 563.
— Führungsstäbe zur Einführung von Weichgummikathetern in die (Michael) 289.
— Verwundung der (Berczeller) 83.
Blasenausschlag (Kaposi) 219.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenstein in der Harnröhre bei einem dreijährigen Kinde, Einkeilung eines (Crandall) 230: — per vaginam, Entfernung eines grofsen (Magruder) 564.
Blasentenesmus, Tabaksumschläge gegen 230.
Blattern s. Variola.
Blaue Flecke 388.
Blennorhoea neonatorum 231.
— ophthalmica, Pyoktanin bei 405.
Blennorrhoische Abscesse s. Abscesse.
Blutgefäfse, Bau der 215.
Blutungen s. Hämorrhagien.
Bototsches Wasser als Abortivum gegen Herpes (Dupus) 178.
Brandnarbe, Karzinom in einer (Dittel jr.) 411.
Brandwunden, Behandlung mit Thiol 290.
Breiumschläge bei Furunkulose 363.
Breite Kondylome s. Condylomata.
Bromexantheme 213. 214.
Bronzekrankheit s. Addisonsche Krankheit.
Bubas s. Pian.
Bubonen bei Urticaria 26.

Bubonen und die Indikationen für die frühzeitige Exstirpation derselben, Entwickelung der sogenannten strumösen (Klotz) 237.
Bubonenbehandlung (Lang) 286; — mit Aristol 289; — mit Pyoktanin (Lindström) 405; — der vereiterten (Lasalle) 410.
Bullöse Dermatose s. Dermatose.

Calcium subsulfurosum als Reduktionsmittel 311.
— bisulfurosum 313. 367.
Canities, über die (Leloir u. Vidal) 43.
Cellulom, multiples, epitheliales, eruptives 14.
Circumcisionswunden mit Pyoktanin, Behandlung der 85.
Cirkulationsstörungen der Haut (Unna) 417.
Chalikosis pulmonum 139.
Chininexanthem 214.
Chloralexantheme 213. 529.
Chloroformnarkose, Ursachen des Todes in der (Wood u. Hare) 136.
Choleraroseola 420. 495.
Cholestearin 3.
Chrom im Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis, Nachweis von (Güntz) 42.
Chromatin 36.
Chromhidrose, über einen Fall von katamenialer (Barié) 46.
Chromosomen 36.
Chromwasserbehandlung der Syphilis, Einfluſs der Salzbäder auf die Ausscheidung des Chroms durch den Urin während der (Güntz) 516.
Chrysarobineiterungen 328.
Cnidosis s. Urticaria.
Coccidien in der Epidermis 132.
Cognacexanthem 372.
Coldcream 292.
Coma syphiliticum 279.
Condylomata lata 281; — Ätzung mit Solutio Plenckii (v. Hofmann) 331; (Kaposi) 331.
Conjunctivitis, Behandlung mit Pyoktanin 85.
Copaivabalsam bei Cystitis 85.
Cowpersche Drüse, Entzündung der (Róna) 83.
Cowperitis im Verlaufe der Masern (Róna) 179.
Crotonöl bei Trichophytie 505.
Curcuma 485.
Cutis, der feinere Bau der normalen (Heitzmann) 125.
Cyanose 493. 543.
Cystadenom der Schweifsdrüsen 2.
Cysten 3; — in der Hornschicht bei Prurigo 178.
Cystitis, Behandlung der (Boegehold) 86; (Rotter) 334.
— acuta 211.
Cystoskopie, über (Grünfeld) 84.

Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenom (Darier-Jacquet) zu einander, die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden (Philippson) 1.
Dementia paralytica infolge von Syphilis 515.
Denkmal für Ricord 238.
Dermatitiden durch Medikamente, eitrige (v. Sehlen) 327.
Dermatitides simplices 419.
Dermatitis artificialis, die verschiedenen Ernährungsstörungen der Haut infolge von (Quinquaud) 550.
— polymorpha pruriginosa acuta, Fall von (Hautecoeur) 554.
— erythematosa et squamosa universalis acuta (Neumann) 286.
— exfoliativa generalisata 548.
— herpetiformis s. Hydroa.
— papillomatosa 70.
— papulo-framboesiaca s. Pian.
— pustulosa und Polydactilitis bei lokaler Asphyxie der Extremitäten 33.
— chronica mit excentrisch wachsenden Herden (Hallopeau) 461
— rubra 500.
— venenata 245.
Dermatological Association, American 238. 396.
Dermatologie u. Syphilis, Sitzungsberichte der Französischen Gesellschaft für 30. 547.
— Sektion der Naturforscherversammlung 365; — an den preufsischen Universitäten und ihre Vorgeschichte, Die Bedeutung d. Specialkliniken für (Köbner) 233; — in St. Petersburg, Russische Gesellschaft für 548.
Dermatologische Gesellschaft, Wiener 124.
— Vereinigung, Berliner 139. 241.
— Bibliographie 404.
Dermatomyome an der Nase, Fall von multiplen (Hess) 80.
Dermatoneurosen, die (Leloir) 216.
—, symptomatische (Leloir) 218.
Dermatose mit persistierenden Narben, Epidermiscysten und Beteiligung der Mundhöhle; über eine an einem Säugling beobachtete bullöse (Hallopeau) 30.
Dermatosen, zur Pathogenese der Hauterkrankung bei einigen vasomotorischen (Jacquet) 549.

Dermatosen der Einwanderer (White) 398.
Dermoid oder Epidermoid (Franke) 413.
Dermotherapie, moderne 123.
Diabetes, Acetonämie, Syphilis (Jullien) 279; — insipidus, Furunkulose bei (Lowinsky) 38.
Diphtherie 221; — des Meatus urinarius (Brown) 414; — Erythema nodosum bei 524.
Divertikel der Harnröhre (Neumann) 285.
Drainage der Blase durch Dauerkanüle 563.
Drüse, Entzündung der Cowperschen (Rona) 83.
Drüsengänge, Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen (Jadassohn) 232.

Eheliches Geschlechtsleben 513.
Einspritzungen bei Gonorrhoe 212.
Einwanderer-Dermatosen (White) 398.
Eispomade 292.
Eiterungen bei Hautkrankheiten, medikamentöse (v. Sehlen) 327; — der Haut im Gefolge der Influenza (Leloir) 187.
Ekchymosen 389; — Betrachtung über die spontanen und über den Geisteszustand der Hysterischen (Tourette) 128.
Ekthyma bei einem Kinde, einen syphilitischen Schanker vortäuschend (Fournier) 34.
— gangraenosum (Ehlers) 132.
— térébrant des enfants 132.
— syphiliticum, mit Pyoktanin behandelt 85.
— terebrans bei einem Kinde, Fall von (Heulz) 409.
— toxicum 420.
Ekzem, Fall von intensiver progressiver Pigmentierung nach (Britton) 134; — der Nase, über das (Troplowitz) 38; — nach Impfung 295; — der Möbelpolierer (Blaschko) 87; — schwere Gehirnerkrankung nach Verschwinden eines chronischen (Brocq) 409.
— pathologische Anatomie der (Leloir) 557.
— variköser Unterschenkel u. Geschwüre, Elephantiasis und Hautentzündungen im Gefolge von (Jeanselme) 70.
Ekzema acutum, Behandlung 506.
— intertrigo, mit Aristol behandelt 126.
— keratoides, Behandlung mit Zinkstaub 314.
— madidans, Thiol bei 290.
— marginatum, Aristol bei 290.
— papulosum, Thiol bei 290.
— pustulosum, Thiol bei 290; — bei Trichophytiasis capitis 557.
Ekzema seborrhoicum 500. 510. 557; — Behandlung mit Aristol 126. 289; — mit Natrium subsulfurosum 312.
— solare 484.
— toxicum 420. 529.
— tuberculosum 580.
Elastisches Gewebe, über die Taenzersche Färbung des (Unna) 366.
Elektrische Kataphorese im elektrischen Bade zur Behandlung der Syphilis, die Verwendung der (Ehrmann) 280.
Elektro-Urethroskop, Leistungsfähigkeit des (Oberländer) 463.
Elektrolyse, Nadeln für 278; — bei Lupus vulgaris (Jackson) 398; — warziger Gebilde (Ehrmann) 43.
Elephantiasis 114; — Fall von (Katzer) 574; — der Vulva (Sander) 558; — infolge von Lupus vulgaris (Kaposi) 287.
— lymphorrhagica 113.
— und Hautentzündungen im Gefolge von Geschwüren u. Ekzem variköser Unterschenkel (Jeanselme) 70.
Embolisationen der Haut 496.
Emphysema gangraenosum (Hoegh) 517.
Endarteriitis bei Hauthämorrhagieen 329.
Endometritis bei Gonorrhoe 212.
Endoskop-Karunkulotom 48.
Endoskopie der Urethra 210; — der weiblichen Urethra (Janowsky) 212.
Entfärbungen und Pigmentierungen der Haut, Pathogenese der (Kaposi) 271; — Anomalien der (Ehrmann) 272.
Entzündliche Hautkrankheiten, Behandlungen der (Lassar) 210.
Entzündungsprozesse der Haut, einfache, Kalicrême bei 292.
Epheliden, gegen 44.
Ephidrosis eines begrenzten Teiles des Gesichtes (Schweninger und Buzzi) 563.
Epidermiscysten 30.
Epidermoid oder Dermoid (Franke) 413.
Epididymitis acuta 211.
— Aristol bei 290.
— mittels eines neuen Kompressionsverbandes, ambulante Behandlung der (Arning) 291.
— syphilitica primaria (Andronico) 406.
Epitheliom 133. 177; — des Gesichts mit Essigsäure, Behandlung des (Arnozan) 35.
— der Schweifs- und Talgdrüsen 509.
— das verkalkte (v. Noorden) 187.
— gutartiges 7.
Epithelioma contagiosum (Stelwagon) 188; — anatomisch-pathologischer und bakteriologischer Beitrag zur Kenntnis des (Stanziale) 229.
Epithéliome adenoide 12.
Epithelperlen in der Mundhöhle neugeborener Kinder 9.

Erektionen durch indurierte Stellen in den Schwellkörpern 279.
Ergotismus 420. 528.
Ernährungsstörungen der Haut infolge artificieller Dermatitis, die verschiedenen (Quinquaud) 550.
Eruptio aestivalis s. Sommerprurigo.
Eruptionsfieber 420.
Erysipel nach Impfung 295.
Erysipelbehandlung (Allen) 399; — des Gesichts (Lehrnbecher) 518; — antiseptische (Jorissewni) 80; — mit Sublimat (Shropshire) 227; — über die heutigen Methoden der (Frank) 187.
Erythanthema 542.
— toxicum 420.
— essentiale 421. 530.
Erythema simplex 197; — nach Influenza 199; — nach Sandelöl-Genufs 382, — Purpura und Urticaria 504; — zur Pathogenese der; Erythema polymorphum; Erythema scarlatiniforme (Besnier) 554.
— angiektaticum 421. 530.
— annulatum 421.
— bullosum vegetans s. Pemphigus vegetans (Müller) 427.
— circinatum 421.
— iris 421.
— multiforme 198. 421 (Pumplun) 372; — bei Influenza 76; — nach Impfung 294. 295; — m. Anschlufs an Typhus abdominalis (Lauffer) 180; — Behandlung mit Thiol 290.
— multiforme haemorrhagicum 509.
— nodosum 198. 219. 421; — zu infektiösen Rachenkatarrhen und zum Rheumatismus acutus; Beziehungen des (Hoffmann) 522; — mit Ausgang in Vereiterung, Fall von (Hoisholt) 218.
— nodosum palustre (Moncorvo) 36.
— papulatum 421; — uraemicum 495.
— punctatum 408.
— scarlatiniforme bei Ileotyphus (Ohmann-Dumesnil) 406.
— toxicum 420. 529. (Neumann) 286.
Erythembehandlung 289.
Erythrasma, Wollfett bei 316.
Erythrodermia pruriginosa 550.
Essentielle Angioneurosen 421.
Essigsäure bei Epitheliom 35.
Etagennähte bei Penisamputation, versenkte (Keller) 84.
Exanthem bei Gonorrhoe, zur Erklärung des (Flesch) 381.
— nach Sandelöl-Genufs 382.
— ein nach dem Genusse alkoholischer Getränke auftretendes (Kaempfer) 372.
Exanthema toxicum 528.
Exanthemata medicinalia externa (Fox) 245.
Exantheme, akute 420.
Excision der Initialsklerose s. Initialsklerose.
Extragenitale Infektionen (Jakowleff, Tschogin, Ussass, Tschistiakoff, Petersen) 69.

Färben von Salben, Mitteilung über eine Methode vom (Brooke) 62.
Färbung des elastischen Gewebes, über die Taenzersche (Unna) 366.
Fasern in der Epidermis und im Epithel gewisser Schleimhäute des Menschen, eigentümliche (Herxheimer) 89. 215.
Favus 177. 500. 518.
— lupinosus am Rumpfe, Notizen über (Schweninger und Buzzi) 560.
— und Trichophytonkulturen, Einwirkung von Medikamenten auf (Schwengers) 155.
Favuserreger, über den (Kral) 277.
Favuspilz bei Favus herpeticus (Elsenberg) 189. 190; — als Ursache der Sklerodermie 562.
Febricula 390.
Ferse, Osteom der (v. Noorden) 188.
Fett der Haut 202.
Fibrin in der Cutis 99.
Fibroma molluscum multiplex, Fall von (Königsdorf) 559.
Fibrome, multiple 355.
— der Schweifs- und Talgdrüsen 509.
Flecken, Beitrag zum Studium der runden roten (Vasiliu) 332.
Flora dermatologica VII. (v. Sehlen und Unna) 471.
Folliculitis parasitaria tonsurans des Haupthaares (Nimier) 127.
— und Perifolliculitis der Spinner und Weber (Wargnier) 187.
Framboesia syphilitica 429. 433.
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis 30. 547.
Frost 493. 540.
Frostitsch s. Pruritus hiemalis.
Frühbehandlung der Syphilis s. Syphilisbehandlung.
Führungsstäbe zur Einführung von Weichgummikathetern in die Blase und in die Speiseröhre (Michael) 289.
Furunkel nach Influenza 187; Abortivbehandlung (Jasiewicz) 462.
Furunkulose 420; — bei Diabetes insipidus (Lowinsky) 38; — postekzematöse 367; — nach Impfung 295.
— über die Therapie der (Veiel) 362. 367; (Scharff) 519.
Furunculus toxicus 529.
Fufsgangraen s. Gangraen.
Fufssohlen, warzenartige Verdickung der (v. Hebra) 287.

Gangraen, circumscripte spontane 509; — des Fufses infolge von Thrombose der Art. poplitea (Grimm) 332.
— nach Kuhpockenimpfung 295; — bei Syphilis maligna praecox 32; — bei Purpura 76.
— der Haut, Fall von multipler (Rothmann) 81; (Doutrelepont) 219; Raynaud 425. 493; — des oberen Drittels beider Ohrmuscheln, spontane symmetrische (Urbantschitsch) 177.
— symmetrische, mit Polydactylitis und Dermatitis pustulosa 33.
— Aristol bei 289.
Gangränös-phlegmonöse Entzündung im r. unteren Hypogastrium (Lang) 286.
Gangraenöse Ekthyma 132.
Gangrène gazeuse 517.
Gehirnerkrankung nach Verschwinden eines chronischen Ekzems, Fall von schwerer (Brocq) 409.
Gehirnsyphilis, drei Typen von Psychosen infolge von (Hay) 515
Gelenkrheumatismus und Erythema nodosum 522.
Gelenkserkrankung, gummöse, Fall von (Michailoff) 41; syphilitische (Rubinstein) 331; gonorrhoische (Rubinstein) 335.
Genitalien, Lymphangiektasie der (Kast) 561.
Geschlechtsdrüsen, über die kompensatorische Hypertrophie der (Ribbert) 86.
Geschlechtsleben, eheliches 513.
Geschwür s. Ulcus.
Gesellschaft, Wiener dermatologische 124.
Gesichtsrotlauf s. Erysipel.
Gewerbeanthracosis und Siderosis 140.
Gewerbeekzeme 210.
Glandula Cowperi, Entzündung der (Róna) 83.
Glandulae labiales, Baelzsche Krankheit der 318.
Glied, männliches s. Penis.
Glossitis tonsurans 458.
Glossy skin 394.
Glutinpeptonsublimat, Behandlung der Syphilis mit salzsaurem (Hüfler) 378.
Glycerinum-saponatum-Präpar. (v. Hebra) 123. 286.
Glycosurie bei Syphilis 279.
Gonokokkus nicht specifischer Natur ist, einige Umstände, welche darauf hinweisen, dafs der (Eraud) 35.
— Differenzierung des (Steinschneider) 86.
Gonokokken 565; — in den periurethralen blennorrhoischen Abscessen (Pellizzari) 565.
Gonokokkenbefund für die gerichtliche Medizin, Verwertbarkeit des (Kratter) 566.
Gonorrhoea chronica, zur Diagnose der (Gabriel) 335; — Autoreinfektion als bisher nicht beachtete Ursache der (Stern) 415; — Diagnose, Prognose und Therapie der (Finger) 210; — Therapie der, bei Frauen (Sinclair) 211.
— -Komplikationen beim Manne Häufigkeit der (Weber) 415.
— der paraurethralen und praeputialen Drüsengänge (Jadassohn) 232.
— und ihre Behandlung, einige weniger bekannte Komplikationen der chronischen (Jullien) 211; — beim Weibe, Behandlung der Folgeerkrankungen der chronischen (Nöggerath) 212; — Spülapparate zur Behandlung der (Zülzer) 212; — Einspritzungen bei 212; — Mineralwasserwaschungen d. Urethra bei 212; — Wirkung des Thallinum sulfuricum bei (Schuppert) 47; — mit Sozojodol (Taaks) 376; — mit Pyoktanin (Lindström) 405; — Behandlungsarten der akuten (Martin) 232; — Salol innerlich 291. 565; — beim Weibe, Behandlung mit dem konstanten Strom (Prochownick) 334; — mit Harnröhrenausspritzungen (Rotter) 334; — Abortivbehandlung der (Picard) 518; (Malécot) 565.
— -Exanthem, zur Erklärung des sogenannten (Flesch) 381.
Gonorrhoische Arthritis, Fall von intensiver (Mauriac) 35; (Deutschmann) 231.
— Ophthalmoblennorrhoe, Behandlung mit Pyoktanin 85.
— Tendovaginitis (Feleki) 87.
— Peritonitis, akute (Penrose) 232.
— Urethrocystitis (Ullmann) 286.
— Epididymitis, Kompressionsverband bei 291.
— Gelenk- und Schleimbeutelentzündung zur Behandlung der (Rubinstein) 335.
Gonorrhoischer Entzündungsprozefs nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung desselben; Häufigkeit der Beteiligung der Urethra posterior am (Letzel) 370.
Granuloma fungoides 501.
— toxicum 529.
— der Haut, Fall von multiplem (Unna) 374.
Grenzlinien von Voigt 336.
Gumma der Haut 285. 289; — mit Pyoktanin behandelt 85.
Gummisonden, Über die Sterilisierung der (Alapy) 565.
Gummöse Gelenkserkrankung, Fall von (Michailoff) 41.
— Ozaena mit Pyoktanin behandelt 85.

Gummöse Formen der Tertiärperiode (Ussass) 548.
— Tumoren auf der Brust 406.
— Lymphadenitis 407.

Haare, Bau der 215; — Entfärbung der 44.
Haarbildung, Fall von moniliformer (Halloppeau und Lefèvre) 34.
Haarpflege, zur 292.
Haarpigment 276.
Haemangiom 112. 290.
Haematolymphangiome 111
Haemorrhagieen 75. 504. 509. 543; — der Haut, zur Entstehung der (v. Kogerer) 328.
Haemorrhagische Dermatosen 495.
Hämorrhoiden der prävesikalen Gegend der Urethra 211.
Hände, warzenartige Verdickung der (v. Hebra) 287.
Harnblase s. Blase.
Harnorgane, Wirkung des Salols bei innerlicher Anwendung auf die (Dreifous) 291.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenstrikturen s. Strikturen der Urethra.
Harnsäurediathese, Hautausschläge der (Quinquaud) 33.
Harnträufeln bei einem Weibe (Tauffer) 291.
Hausepidemie, eine eigenartige (Appert) 218.
Haut? Was bedingt die weifse Farbe unserer (Kromayer) 73; — Vorkommen von Lanolin in der menschlichen (Liebreich) 288. 405.
Hautanhängsel (Rémy) 215.
Hautatrophie s. Atrophie.
Hautausschläge der Harnsäurediathese (Quinquaud) 33; — bei epidemischer Influenza, symptomatische (Barthélémy) 34.
Hautdrüsen und Hautanhänge, Dermatoneurosen der 217.
Hauteiterungen im Gefolge der Influenza (Leloir) 187.
Hautentzündungen und Elephantiasis im Gefolge von Geschwüren und Ekzem variköser Unterschenkel (Jeanselme) 70.
Hauterkrankung bei einigen vasomotorischen Dermatosen, Zur Pathogenese der (Jacquet) 549.
Hautfett, normales 204.
Hautgangraen, Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von akuter multipler (Doutrelepont) 219; — Fall von multipler (Rothmann) 81.
Hautgumma, hereditär-luetisches, im Zerfall begriffenes (Ullmann) 285.
Hauthämorrhagieen, zur Entstehung der (v. Kogerer) 328.
Hautkrankheiten, Behandlung der entzündlichen (Lassar) 210; — und Influenza (Schwimmer) 76; — moderne Behandlung der (v. Hebra) 123; — photographische Kasuistik und Diagnostik der (v. Haren Noman) 73; — und Syphilis zu Pisa, erstes Triennium der Klinik für (Chiappa) 176.
Hautkrebs s. Krebs.
Hautmuskulatur, Bau der 215.
Hautpathologie s. Pathologie.
Hautresorption im Bade, zur (Keller) 215.
Hautsyphilis des Gesichts, Fall von (Unna) 373.
Hauttherapie, Ätherische Lösungen in der (Sawyer) 216.
Hauttuberkulose s. Tuberkulose.
Herdphlegmonen 495.
Hemiatrophia facialis progressiva 562; — mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen an der Haut (Schweninger und Buzzi) 561.
— neurotica 562.
Herpes 420; — nach Influenza 199.
— annulatus iris 421.
— buccalis 458.
— cirinatus 421.
— genitalis 458.
— gutturalis, zur Kasuistik des (Kahn) 330.
— impetiginosus 421.
— iris et circinatus (v. Hebra) 286; (Kaposi) 286; — bei Influenza 76.
— phlyktaenoides 421.
— squamosus 142.
— tonsurans s. Trichophytia.
— vegetans 431.
— zoster gangraenosus 220.
— zoster s. Zona.
— Alkohol oder alkoholische Lösungen als Abortivum gegen (Dupus) 178; — Pyoktanin 405.
Herxheimersche Fasern s. Spiralen der Oberhaut.
Herz-Syphilis 407; — von der klinischen Seite betrachtet (Sacharjin) 42.
Horncysten 11.
Hornmilium 11.
Hornzellen im Hauttalg 202.
Hospitalbrand an der Vulva nebst Bemerkungen über die Behandlung dieser Krankheit (v. Herff) 517.
Hühneraugen, gegen 292. 315.
Hydradenom 502; — (Jacquet Darier) zu einander. Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner); — der

kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier), und des (Philippson) 1.
Hydrargyradenie 267.
Hydrargyrum bei der Syphilisbehandlung, spezielle Indikationen der verschiedenen Applikationsweisen des (Lang) 278.
— thymolo-aceticum bei Syphilis, intramuskuläre Einspritzungen von (Löwenthal) 77.
— -Ekzem 529.
— -Exanthem 213. 214.
— Vergiftung durch (Créquy) 292.
Hydroa 546; (Stelwagon) 128; (Duhring) 219; — acuta mit einzelnen Elementen der Impetigo herpetiformis (Hautecoeur) 554; — Behandlung der (Duhring) 398; — Thiol bei 290.
— vacciniforme 455. 480.
Hydrosadenitis, Fall von (Giovanni) 227.
Hydroxylamin 311; — neuere Arbeiten über (Rosenthal) 371.
Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen, die sexuelle (Ribbing) 512.
Hyperidrosis bei Elephantiasis 71.
Hyperkeratosis follicularis 284.

Iaws s. Pian.
Ichthyol 290.
Ichthyosis 67. 508.
— Diagnose und Behandlung der (Brocq) 226.
— cornea (hystrix) 432. 508; — partialis (Naevus linearis verrucosus Unna), entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt, zwei Fälle von (Philippson) 337.
— hystrix nigricans (Butruille) 345.
— linearis neuropathica (Koren) 347; (Cutler) 345.
Ileotyphus, Hautatrophie nach 398; — Erythema scarlatiniforme bei 408.
Impetigo, Fall von Nephritis acuta haemorrhagica im Gefolge von (Szontagh) 79; — Behandlung 506.
— contagiosa nach Impfung 295.
— herpetiformis 540; — Hydroa acuta mit einzelnen Elementen der (Hautecoeur) 554.
Impfausschläge (Morris) 293.
Impfsyphilis 78.
Impotenz durch Gonorrhoe 211.
Index bibliographicus dermatologiae (Szadek) 404.
Influenza, Hauteiterungen im Gefolge der (Leloir) 187; — und Herpes gutturalis 330.
— symptomatische Hautausschläge bei epidemischer (Barthélémy) 84.
— und Hautkrankheiten (Schwimmer) 76.
Influenza, Lupus erythematosus nach 140.
Influenzaexantheme, Beitrag zu den (Hoffmann) 199.
Inguinaldrüsengeschwülste 287.
Initialsklerose, einige diagnostische Schwierigkeiten bei (Lavallée) 32.
— vortäuschend, Ekthyma bei einem Kinde (Fournier) 34.
— atypische (du Castel) 34.
— der Mamma (de Beurmann) 34; (Stepanoff) 549.
— Überraschungsirrtümer bei der Diagnose der (Fournier) 43.
— Behandlung mit Pyoktanin 85. 405.
— Beitrag zum Studium der Residuen der (Monin) 182.
— auftretenden Krankheitserscheinungen, Beitrag zur Frage von den post mortem der (Pache) 184.
— bei der Abortivbehandlung der Syphilis, Excision der (Leloir) 256; (Oedmansson 266; (Jullien) 266.
— Kind mit (Hochsinger) 287.
— Karzinom nach (Ihle) 387; (Ditteljr.) 411.
— 2 Fälle von langer Inkubation der (Puech) 458.
— der Unterlippe (Gemy) 548; Oberlippe 549; der Tonsille (Jadassohn) 556.
Inokulationslupus (Jadassohn) 373.
Internationaler Kongreſs s. Kongreſs.
Jodkalium bei gonorrhoischer Gelenk- und Schleimbeutelentzündung 335.
Jodexantheme 213. 383.
Jodkalium bei Urticaria 550.
Jodoform in Olivenöl, Löslichkeit des (Klingemann) 328.
Jodoformdermatitis 246.
Jodoformintoxikation, Wirkung des Speichels auf Kalomel zum Nachweis der 31.
Jodquecksilbersalbe bei Lepra 222.
Iridocyclitis, Behandlung mit Pyoktanin 85.
Jucken und Quaddelbildung 550.
Juckstillende Mittel 506.

Kalicrême bei Sommersprossen 292.
Kalk, gegen Scabies, Schwefelsaurer 185.
Kalomel und Speichel zum Nachweis der Jodoformintoxikation 31.
Kalomelinjektionen s. Syphilisbehandlung.
Kalomelpflaster bei Syphilis 34.
Kamphereis 292.
Karbolgaze, Bereitung der (Doux) 328.
Karbolöl gegen Scabies (Israel) 374.
Karbolsäureeinspritzungen gegen Karbunkel 410. 520.
Karbunkel nach Influenza 187; — Be-

handlung (Polaillon) 461; — Karbolsäureeinspritzungen bei (Danet) 410.
Karunkulotom 48.
Karyokinese bei Krebs 403.
Karzinom 133. 189. 216; — ein parasitärer, protozoaartiger Organismus bei (Sjöbring) 332.
— des Penis im jugendlichen Alter, 2 operativ behandelte Fälle von (Ihle) 369. 384.
— in einer Brandnarbe (Dittel jr.) 411.
— nach Ulcus durum (Dittel jr.) 411.
— der Haut, primäres 509.
— Aristol bei 289.
Karzinombefunde, mikroskopische, nebst ätiologischen und praktisch verwendbaren diagnostisch. Ausblicken (Schütz) 401.
Karzinomentwicklung auf Narben, Beitrag zur (Weber) 410.
Karzinomleukocyten 36.
Katameniale Chromhidrose, Fall von (Barié) 46.
Kataphorese in der Syphilisbehandlung, elektrische 280.
Kauterisation bei Lichen ruber 187.
Keanus Vorderarm, Bericht über die histologische Untersuchung eines Hautstückes aus (Montgomery) 128.
Keratitis pannosa mit Pyoktanin behandelt 85.
Keratodermia symmetrica erythematosa (Besnier) 460.
Keratohyalin 7.
Keratom 112. 298. 462.
Keratoma vulgaris s. Verruca.
Keratosis follicularis (Psorospermose folliculaire végétante) (White) 226. (Blaschko) 140.
— pigmentosa s. Verruca seborrhoica.
Kernteilung (Amitose), über die direkte 36.
Kinderkrankheit, rötelartige 495.
Kindersterblichkeit bei Syphilis (Pileur) 224.
Knochen, Lokalisation des Arseniks in den 88.
Knoten an der Unterextremität (Hallopeau und Goupil) 547.
— zur Kenntnis der subkutanen rheumatischen (Bar) 126.
Kochsches Heilmittel gegen Tuberkulose, über das 465. 567.
Kokainspritze nach Ultzmann 85.
Kolloid-Milium 502.
— (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenom (Darier-Jacquet) zu einander. Die Beziehungen des (Philippson) 1.
Kolloidcysten 11.
Kolloiddegeneration bei Xeroderma pigmentosum 189.
Komedonen 508; — Lilionèse gegen 292.
Kondylome s. Condylomata.
Kongenitale Amputation und Ainhum 45.
Kongreſs, X. internationaler medizinischer, zu Berlin 1890, 209. 265.
Kontaktsensibilität 397.
Kosmetik, Rezeptformeln aus dem Bereiche der (Paschkis) 292.
Krätze s. Scabies.
Krebs s. Karzinom.
Kreolineinspritzung in die Harnröhre, Ätzung nach (Grünfeld) 285.
Kryptorchismus bei hereditärer Lues (Schiff) 287.
Krystallpomade 292.
Kühlklappe für den Penis 85.
Kuhpockenimpfung s. Vaccine.
Kuriosum, therapeutisches (Wettendorfer) 39.

Lanolin, Anwendungsweise des (Paschkis) 209; — in der menschlichen Haut (Liebreich) 288. 405.
Lanolinmilch 292.
Larynxlupus 39.
Lederhaut, der feinere Bau der normalen (Heitzmann) 125.
Leichentuberkel s. Tuberculosis verrucosa.
Lentigines 286.
Lepian oder Pian auf den Antillen (Lacaze) 227.
Lepothrix 131.
Lepra (Petersen) 69; — Fall von (v. Hebra) 285; (Kaposi) 285; — eine „im Aussterben begriffene" Infektionskrankheit und ist sie erblich? Ist die (Hansen) 77; — Ursachen und Entstehung der (Hutchinson) 322.
— Beiträge zur Ätiologie (Kaurin) 221; — Ätiologie und Pathologie der (Profeta) 405.
— und deren Behandlung 1. durch Excision der Knoten, 2. durch rote Jodquecksilbersalbe (Rake) 222.
— nach Impfung 295.
— maculosa, Behandlung mit dem Kochschen Heilmittel 583.
— -Bacillen in einem Stück aus Keanus Vorderarm (Mongomery) 128.
— über einen im Hôpital St. Sauveur zu Lille beobachteten Fall von (Baude) 39.
Leukoderma 274.
Leukopathia acquisita od. Vitiligo (Schweninger und Buzzi) 561.
Lichen planus 283. 302. 502. —, welche bei verschiedenen Hautläsionen ganz identische Veränderungen auf der Mundschleimhaut darboten, über zwei Fälle von (Feulard) 31.

Lichen planus, zur Therapie des (van Dort) 187.
— Fall von (Hebra) 286.
— Behandlung mit dem Kochschen Heilmittel (Schweninger und Buzzi) 581.
— scrophulosorum, Behandlung mit dem Kochschen Heilmittel 582.
— planus acutus 31.
— ruber acuminatus 125. 287; (Havas) 283; (Neisser) 518; (Jacquet) 550.
— urticatus 504.
— circumscriptus 510.
— Wilsonii s. Lichen planus.
Lichendebatte, zur (Róna) 284.
Lilionèse bei Seborrhoea faciei 292.
Lineare Streifen 332.
Lipome an ungewöhnlichen Orten (Weil) 559.
Lippenschleimdrüsen, Baelzsche Krankheit der 320.
Lippensyphilis, Fall von (Blaschko) 185.
Liquor detergens Wright 506.
Liquor ferri sesquichl. bei Schweifsfüfsen 333.
Litholapaxie, über eine seltene Komplikation bei (White) 564.
Lotio Calaminae 506.
Lues gummosa, Aristol gegen 289.
Lungenembolie bei Quecksilberinjektionen 223.
Lupus vulgaris 505; über (Faber) 373.
— durch Inokulation (Jadassohn) 373.
— der Nasenschleimhaut (Wagmer) 180.
— des Larynx (Marty) 39.
— lymphaticus 53. 80.
—, Elephantiasis Arabum infolge von (Kaposi) 287.
— Behandlung mit Aristol 126. 242. 289. — vorbereitende Behandlung (Brooke) 129. 377.
— — mit Na und Ca subsulfurosum 312; — mit Perubalsam (Beckh) 330.
— mit Elektrolyse (Jackson) 398; — mit Milchsäure (Erckens) 555; — mit dem Kochschen Heilmittel 567. 579. 583.
— verrucosus 378.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
Lupuserythem 585.
Lymphadenitis gummosa (Sanguineta) 407.
Lymphangiektasis 54. 106. 113.
— der äufseren Genitalien und ihrer Umgebung, Fall von diffuser (Kast) 561.
—, Lymphorrhagie und Pulmonalarteriensklerose, über einen Fall von (Eger) 81.
Lymphangiektodes 53.
Lymphangioadenocysten 106.
Lymphangio-Fibroma 152.
Lymphangioma circumscriptum (Noyes u. Török) 51. 105; — Fall von (Leistikow) 290. (Morris) 80.
— tuberosum multiplex 118.
Lymphangitis tuberculosa (Hallopeau u. Goupil) 547.
Lymphatismus 33.
Lymphdrüsenerkrankung bei Syphilis, atypische (Brunelle) 181.
Lymphdrüsentuberkulose, Aristol bei 290.
Lymphgefäfse des Vas deferens, Verlauf der (Horovitz u. Zeissl) 286.
Lymphodermia perniciosa (Kaposi) 286.
Lysol, ein neues Desinficiens (Gerlach) 218.

Maculae atrophicae 332; nach Typhus 398.
— caeruleae und andere durch Peliculi erzeugte Symptome (Payne) 136. 388.
Magendilatation bei Syphilis 279.
Magnesium metallicum als Zusatz zu Pasten 313.
Maladie pyocyanique 132.
Malaria und Erythema nodosum 36; Canities nach 44.
Malariaexantheme 495.
Maliasmus 420.
Maligne Tumoren s. Tumoren.
Malignes Oedem (Hoegh) 517.
Malleus 495.
Mandelentzündung bei Erythema nodosum 524.
Masern s. Morbilli.
Massage bei Sklerodermа (Breda) 412.
Maulbeerartige Dermatitis s. Pian.
Meatus urinarius, Diphtherie des (Brown) 414.
Medikamente auf Kulturen von Favus und Trichophyton, über Einwirkung von (Schwengers) 155.
— aus Salben, Resorption von (Luff) 58.
— Versuche mit einigen bisher noch nicht angewendeten reduzierenden(Ihle) 310. 367.
Medikamentöse Eiterungen bei Hautkrankheiten (v. Sehlen) 327.
Melancholische Demens infolge von Syphilis 515.
Melanoderma atrophicum 502.
Melanodermie 413.
Melanotisches Sarkom (v. Hebra) 286.
Membrana limitans interna 7.
Mercur s. Hydrargyrum.
Methylviolett als Antiseptikum 85. 327.
Mikrokauterium, über das (Unna) 288.
Mikroskopische Technik, Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der (Günther) 514.

Mikrosporon Audouini 472; — dispar s. anomoeon 141.
Milchsäurebehandlung d. Lupus (Erckens) 555.
Miliaria crystallina 420. 496.
Milium 148; — Kolloid- 1.
Milzbrandkarbunkel 420.
Mineralwasser bei Gonorrhoe 212.
Mitose 36; — bei Krebs 403.
Moderne Behandlung der Hautkrankheiten (v. Hebra) 123.
Möbelpolierer, Ekzem der (Blaschko) 87.
Mollin 371.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
Monilethrix 132.
Moniliforme Haarbildung 34.
Morbilli 420; — bei Influenza 76; — recidivi bei einem an Pertussis leidenden Kinde (Szegö) 77.
—, Cowperitis im Verlaufe von (Róna) 179; — in der Schwangerschaft; Geburt eines mit Morbillen behafteten Kindes (Lomer) 37; — Hautkrankheiten nach 297; — Urticaria nach 19.
Morbillenexanthem 493.
Morbillenähnliches Exanthem bei Typhus (Neumann) 550.
Morbus maculosus Werlhofii 329; — schwerer Fall von (Kunze) 553.
Morphoea 395. 509.
Motorische Dermatonenrosen 217.
Müller, Siderosis der (Blaschko) 189.
Mundschleimdrüsen, über Erkrankung der (Unna) 317. 370.
Mundschleimhaut darboten, 2 Fälle von Lichen planus, welche bei verschiedenen Hautläsionen ganz identische Veränderungen auf der (Feulard) 31.
Museum in Guys Hospital 499. 507.
Muskelveränderungen bei Sklerodermie, Beitrag zum Studium der (Thibierge) 45.
Myelitis lumbalis acuta syphilitica 556.
Mykosis fungoïdes 286. 518.
— tonsurans s. Trichophytie.
Myocarditis gummosa 407.
Myome der Haut, zur Kenntnis der multiplen (Jadassohn) 412; — der Nasenhaut 80.
Myxomatöser Lupus 180.

Nadeln für Elektrolyse (Ehrmann) 278.
Nägel, Bau der 215; — Behandlung des eingewachsenen (Pürckhauer) 329.
— Trichophytiasis der (Fournier) 226.
Nagelerkrankung bei Parakeratosis scutularis 460.
Naevus 152.
— angiomatodes et verrucosus striatus (Kaposi) 287.
— flammeus, Behandlung 289.
— linearis verrucosus Unna, zwei Fälle von (Philippson) 337.
— lymphaticus 54. 117.
— pigmentatus, seine beschreibende und mikroskopische Anatomie, Diagnose, Pathogenie und Behandlung (Hugues) 413.
— pigmentosus, Pigment im 271.
— verrucosus progrediens 278.
— verrucosus pigmentosus (Isaac) 334.
— vascularis 359; — über (Kodemann) 375.
Narben nach Urticaria 26; — Beitrag zur Karzinomentwickelung auf (Weber) 410.
Narbenbildende mit Lupus erythematosus einhergehende Affektion 501.
Narbenbildung, Kalium chloricum zur Erleichterung der 177.
Nasenekzem, über 38.
Nasenschleimhaut, Lupus der (Wagmer) 180.
Nasensyphilis, Aristol bei 126.
Nasentuberkulose s. Tuberkulose.
Natrium-Amalgam 313.
Natriumthiosulfat als Reduktionsmittel 311.
Natronsalicylat-Exanthem 214.
Naturforscherversammlung zu Bremen (63.) 137. 239. 365.
Negerhaut, Pigment in der 271.
Nerven der Haut, Bau der 215.
Nervennaevus 337.
Nervenstörungen als Folge von organischen Harnröhrenstrikturen (Guire) 564.
Nervensystem, zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen (Banke) 516.
Neuralgia spermatica, Beitrag zur Behandlung der (Benda) 375.
Neurasthenie nach Quecksilbermifsbrauch 264.
Neuritis auf syphilitischer Basis, Beitrag zur Kenntnis der multiplen (Taylor) 225.
Neurofibrome 355.
Neurolepride 540.
Neuropathisches Papillom 342.
Neurosen der Haut (Leloir) 216.
Neurosyphilide 540.
Nierencyste durch eine einzige Aspiration, anscheinende Heilung einer (Cabot) 414.
Nigrities 413.
Nodose Hair 132.
Nucleolin 36.

Oberhautpilze 514.
Oberhautspiralen s. Spiralen der Oberhaut.
Oedema 198. 542.
— acutum circumscriptum 423. 540.
— malignum (Hoegh) 517.
— indurativum 281.
Oesypus 316.
Oleum physeteris als Salbenkonstituens 368.
Onychitis bei Pemphigus vegetans 431.
Onychomykosis favosa 562; (Fabry) 135.
— syphilitica 176.
Ophthalmoblennorrhoe, Behandlung mit Pyoktanin 85.
Orceinfärbung des elastischen Gewebes 367.
Orchitis parotidea ohne Parotitis, zwei Fälle von (Kovacs) 230.
Osteom der Ferse (v. Noorden) 188.
Oxynaphtoësäure bei Scabies (Roth) 374.
Ozaena gummosa mit Pyoktanin behandelt 85.

Pagetsche Krankheit, über die sogenannte (Wickham) 132; — am Scrotum und Penis (Crocker) 412.
Pallor cutis 543.
Papeln, Kranker mit nässenden (Neumann) 285.
Papillarkörpers der Haut durch die Wirkung einfacher mechanischer Kräfte, Formveränderungen des (Philippson) 74.
Papilloma neuroticum 342.
Papillomatöse Wucherungen 432.
Papillome mit Elektrolyse behandelt 43.
Paraffinexanthem 214.
Parakeratosis scutularis (Unna) 459; — variegata 501.
Parametritis, Aristol bei 290.
Parasyphilitische Erscheinungen 279.
Paraurethrale Drüsengänge s. Drüsengänge.
Parotitis, 2 Fälle von Orchitis parotidea ohne (Kovacs) 250.
Pathologie der Haut, Vorlesungen über allgemeine (Unna) VII., Angioneurosen 417. 488. 528.
Pediculi pubis, maculae caeruleae durch (Payne) 136. 388.
Pelade pseudotondente 127.
— à cheveux fragiles 127.
Pelioma typhosum 389.
Peliosis rheumatica 540. 547.
Pellagra 420.
Pemphigus 420; über (Mosler) 76.
— nach Vaccine 297.
— neurotraumaticus (Kaposi) 287.
— rheumaticus chronicus 368.
— vegetans s. Erythema bullosum vegetans (Müller) 367. 427; (Crocker) 516.
Pemphigus foliaceus 430.
— vulgaris 434.
Penisamputation und Anwendung versenkter Etagennähte bei derselben (Keller) 84.
Peniskarzinom 412; — im jugendlichen Alter, 2 Fälle von (Ihle) 369. 384.
Peniskühlklappe nach Ultzmann 85.
Periadenitiden, syphilitische 181.
Perifolliculitis der Spinner und Weber, über die Folliculitis und (Wargnier) 187.
Perimetritis bei Gonorrhoe 212.
Perinealriſs 285.
Periorchitis 230.
Peritonitis, akute gonorrhoische (Penrose) 232.
Periurethrale Abscesse s. Abscesse.
Perniosis 423. 492. 540.
Pertussis und Morbilli recidivi (Szegö) 77.
Perubalsam bei Lupus (Beckh) 330.
Petechien 37.
Phagedaena, syphilitische und septische (Jullien) 35.
Phagedaenisches Geschwür s. Ulcus.
Phlebitis syphilitica (Breda) 407.
Phlegmone nach Impfung 295.
Phlyktaenideneruption 495.
Photographieren im Dienste der Medizin und der verwandten Wissenschaften (Workmann) 137.
Phthirii 390.
Pian oder Lepian auf den Antillen (Lacaze) 227.
Piédra 131.
Pigment, zur Physiologie und Pathologie des (Jarisch) 275.
Pigmentatrophie 359.
Pigmentflecke 413.
Pigmentierung bei Urticaria 26.
— der Haut nach Arsenikgebrauch (Haffler) 44; (Wyss) 229.
— bei Elephantiasis 71; — bei Morbus Basedowii (Macdonnel) 134.
— bei Schwangeren 80.
— nach Ekzem, Fall von intenaiver progressiver (Britton) 134.
— u. Entfärbungen der Haut, Pathogenese der (Kaposi) 271; über Anomalien der (Ehrmann) 272.
Pigmentmäler des Gesichts, Elektrolyse bei 43.
Pigmentnaevus, halbseitiger 502.
Pigmentsarkom 272.
Pigmentschwund 272. 275.
Pilokarpin in der Dermatologie (Klotz) 399.
Pisa, Erstes Triennium der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu (Chiappa) 176.
Pityriasis rubra 506.

Pityriasis rubra pilaris (Devergie) 125. 283. 507. 518; Fall von (Hebra) 286. 287.
— rubra Hebrae (Neisser) 518; — (Petrini & Babes) 186.
— rosea 501. 504; — (Köbner) 141.
— versicolor, Pilze der 471; — Behandlung mit Wollfett 316; mit schwefliger Säure 368.
Placentarsyphilis (Thiel) 42.
Plica, Fall von (Stelwagon) 399.
Polydactilitis bei lokaler Asphyxie der Extremitäten und pustulöser Dermatitis (Hallopeau) 33.
Porcupine-man 508.
Präputiale Drüsengänge s. Drüsengänge.
Präputialsklerose, Kind mit (Hochsinger) 287.
Präventivbehandlung der Syphilis, s. Syphilisbehandlung.
Primäraffekt, syphilitischer, s. Initialsklerose.
Prostata-Antrophore 370.
Prostatahypertrophie (Morris) 230.
Prostatalappen, Entfernung des dritten; vollständige Wiederherstellung der Blasenfunktion (Otis) 415.
Prostatitis und Urethralstriktur mit interessanten Reflexsymptomen (Neilson) 190.
Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte, Regelung der (Neumann) 288.
— und Abolitionismus (Tarnowsky) 399.
Protozoen im Karzinom 332.
Prurigo 550.
Prurigo, zur Anatomie der (Kromayer) 178; — Übergang der Urticaria in 25; klinische und pathologische Beobachtungen bei (Taylor) 396.
Prurigobehandlung 237; — mit Wollfett 316.
Prurigo aestivalis s. Sommerprurigo.
Pruritus (Bronson) 397; — u. Quaddelbildung (Jacquet) 547.
— hiemalis, klinische Beobachtungen über (Corlett) 397.
Pseudoabscesse bei Pemphigus vegetans 444.
Pseudoschanker bei alten Syphilitikern, verhärteter (du Castel) 548.
Pseudorheumatischer Knochen 214.
Psoriasis vulgaris 284. 302; — nach Influenza 76; — der Urethra 213; — nach Impfung 295. 297; — pathologische Anatomie der 208; — klinische und histologische Studien über (Luciani) 406.
— lingualis 458.
— palmaris 281.
— Behandlung mit Aristol 126. 289; — mit Jodkalium 305; mit Natrium subsulfurosum 312.
Psorospermien bei Pagetscher Krankheit 133; bei Keratosis follicularis 140.
Psorospermosis follicularis vegetans (Boeck) 132.
— — (White) 226.
Psychosen infolge von Gehirnsyphilis, 3 Typen von (Hay) 315.
Purpura 198; — über (Palmedo) 37; — nach Impfung 295; — Urticaria und Erythem 504.
— haemorrhagica oder P. infectiosa, über die primäre (de Gimard) 74.
— alcoholica, Beitrag zum Studium der (Poirrier) 127.
— toxica 420. 529.
— urticans 509.
— variolosa 495.
— Werlhofii 329. 553.
Purpuraausschlag nach Jodoform 247.
Purpuraflecke bei Elephantiasis 71.
Pustula maligna 420. 495.
Pyämie nach Impfung 295.
Pykniden 479.
Pyoktanin (Stilling) 74; — (Petersen) 85; — (Tschistjakoff) 547; — (Najéff) 547; — Chirurgische und bakteriologische Erfahrungen über das (Garrè & Troje) 327; — zur Behandlung der Schanker, Bubonen und Tripper mit (Lindström) 405.
Pyrenin 36.
Pyrogallol 311; — Eiterung durch 328.

Quaddeln 198.
Quaddelbildung und Pruritus (Jacquet) 547. 550.
Quecksilber s. Hydrargyrum.
Quecksilberammoniaksalbe bei Urticaria pustulosa 28.
Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis s. Syphilisbehandlung.
Quecksilberoxycyanidinjektionen bei Syphilis (Boer) 330.

Rachenaffektionen und zum Rheumatismus acutus, Beziehungen des Erythema nodosum zu infektiösen (Hoffmann) 522.
Raynaudsche Krankheit s. Gangraen, symmetrische.
Rezeptformeln aus dem Bereiche der Kosmetik (Paschkis) 292.
Reduktionswirkung 312.
Reduzierende Medikamente, s. Medikamente.
Reflexdermatoneurosen 217.
Residuen des harten Schankers, Beitrag zum Studium der (Monin) 182.

Resorcin 311; — im Fette des tierischen Organismus, analytische und synthetische Belege für die Überführbarkeit der Aromatica, speciell des (Andeer) 566.
Resorption von Medikamenten aus Salben (Luff) 58.
Retentionscysten 8.
Reveil local du chancre 184. 223.
Rheumatische Knoten, zur Kenntnis der subkutanen (Bar) 127.
Rheumatismus acutus, Beziehungen des Erythema nodosum zu infektiösen Rachenaffektionen und zum (Hoffmann) 522.
— gonorrhoicus 231.
Rhinosklerom, zur Kasuistik des (Lutz) 49.
Rhinosklerombacillen (Paltauf) 79.
Ricord-Denkmal 288.
Riesenurticaria nach Natron salicylicum 214.
Riesenzellensarkom 189; — des Oberkiefers, Fall von (Berendes) 559.
Ringelhaare 34; — bei Canities 44.
Ringworm s. Trichophytie.
Rötelartige Kinderkrankheit 495.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea, Behandlung mit dem Mikrobrenner 289; — mit Thiol 290; — Quecksilberoleat bei 506.
Roseola bei Typhus 493; — bei Meningitis tuberculosa 495; — nach Impfung 295; — bei Cholera 495.
— variolosa 496.
— infantilis 495.
Roséole scarlatiniforme 408.
Rotzkarbunkel 420.
Rubeola 420; — über die (Seitz) 220.
Rubeolaexantheme 493.
Rundzellensarkom 189.
Ruptur der Urethra infolge von Striktur 414.

Salben, Resorption von Medikamenten aus (Luff) 58.
— Mitteilung über eine Methode des Färbens von (Brooke) 62.
— neutrale, saure und überfettete 128.
Salbenkonstituens, ein neues (Kühn) 371.
Salipyrin, über (P. Guttmann) 553.
Salol auf die Harnorgane bei innerlicher Anwendung, Wirkung des (Dreifous) 291; — innerlich bei frischer Gonorrhoe 565.
Salzbäder auf die Ausscheidung des Chroms durch den Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis, Einfluſs der (Güntz) 516.
Samenstrang-Neuralgie, Behandlung der 375.
Sammlung der extragenitalen Syphilisinfektionen (Tschistjakoff 549.
Sandelöl-Exanthem 382.
Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex (Schwimmer) 411.
Sarkoden im Karzinom 332.
Sarkom 216; — melanotisches (v. Hebra) 286; — des Oberkiefers 559; — des Pharynx mit dem Kochschen Mittel behandelt 584; — des Testikels (Radice) 290.
Scabies im Hospital St. Pierre-Brüssel, Behandlung der (de Smet) 185; — mit Oxynaphtoësaure, Behandlung der (Roth) 374; — mit Karbolöl (Israel) 374.
Scabiesbehandlung (Paul) 79; — (Fournier) 409.
Scarlatina 420; — Urticaria nach 20; — Hautkrankheiten nach 297.
Scarlatinoïde 408.
Schafpocken 221.
Schanker, harter s. Initialsklerose; — weicher s. Ulcus molle.
Schankerartiges Syphilom 184. 223.
Scharlach s. Scarlatina.
Scheidenriſs 285.
Schemata, zum Einzeichnen von Untersuchungsbefunden bei Hautkranken (Buzzi) 511.
Schinznacher Schwefelquellen, Wirkung der 335.
Schleimbeutelentzündung, zur Behandlung der gonorrhoischen (Rubinstein) 335.
Schleimdrüsen des Mundes, Erkrankungen der (Unna) 317. 370.
Schleimhautmilien 9.
Schleimhauttuberkulose 89.
Schleimpolypen in der Blase eines Kindes. Operation, Tod (Batchelor) 230.
Schuppenwasser 292.
Schutzpockenimpfung, über Wesen und Wert der (Mahler) 221.
Schwangerschaftspigmentationen 80.
Schwefel 311.
Schwefelwasser, über die Wirkung des (v. Tymowsky) 335.
Schwefligsaure Verbindungen bei Hautkrankheiten, Gebrauch einiger (Berliner) 367.
Schweiſse, gefärbte 47.
— tuberkulöser Personen, Tuberkelbacillen im (Mattei) 77.
Schweiſsdrüsen, Bau der 215; — Abscedierung der 228.
Schweiſsdrüsenadenome (Perry) 462.
Schweiſsdrüsencystadenom 2.
Schweiſsdrüsenfurunkel 38.
Schweiſsfüſse, Behandlung (Legoux) 333.
Schwellkörper, indurierte Stellen in den 279.
Seborrhoe 153.

Seborrhoea congestiva 143.
— corporis 500. 510.
— faciei, Lilionèse bei 292.
Seborrhoische Warze, s. Verruca seborrhoica 145.
Sebum 204.
Seifen, über (Paschkis) 288; — überfettete, vom klinischen und chemischen Standpunkte (Jamieson) 65.
Sekret der menschlichen Talgdrüsen, Bemerkungen zur Histologie des normalen (Philippson) 202.
Senile Warze s. Verruca seborrhoica.
Sensible Dermatoneurosen 217.
Septische und syphilitische Phagedaena (Jullien) 35.
Sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen (Ribbing) 512.
Siderosis der Müller (Blaschko) 139.
Sinus maxillaris bei einer Syphilitischen, abnorme Öffnung des (Hermet) 224.
Siwin s. Pian.
Sklerodermia neurotica 562.
Sklerodermie 395. 509; — Beitrag zum Studium der Muskelveränderungen bei (Thibierge) 45; — Fall von (Gade) 135; (Mendel) 333; — Fall von halbseitiger, circumscripter 502; — der Erwachsenen und ihre Entstehung (Bock) 188; — mit Xerodermie 503; — Massage bei (Breda) 412; — Zur Ätiologie der (Eichhoff) 562; — seltene Form von (Greco) 413.
Sklerose der Harnröhre, totale 211.
Skorbut 329.
Skrofuloderma, Aristol bei 289.
Skrofulose und Syphilis 182.
Skrophulide, maligne 32.
Skrophulo-Tuberculosis 33.
Solutio Plenckii, Ätzung von breiten Kondylomen mit (v. Hofmann) 331; — (Kaposi) 331.
Sommerprurigo und Sommereruption, über Hutchinsons (Berliner) 368. 449. 480.
Sommersprossen s. Epheliden.
Sozojodol bei Gonorrhoe 376.
Specialkliniken für Dermatologie u. Syphilidologie an den preußischen Universitäten und ihre Vorgeschichte, die Bedeutung der (Köbner) 233.
Speichel auf Kalomel und die Verwendung dieser Erscheinung zum Nachweise der Jodoformintoxikation, über die Wirkung des (Burlureaux) 31.
Spermatien 479.
Spermogonien 471.
Spinner und Weber, über die Folliculitis und Perifolliculitis der (Wargnier) 187.
Spiralen der Oberhaut 274. 287; über die Natur der Herxheimerschen (Eddowes) 89; (Kromayer) 215.
Spiritus denaturatus, Ekzem infolge äußerlicher Anwendung von 87.
Spontanamputationen 45.
Sporidesmium 475.
Sporozoen im Karzinom 332.
Spülapparate zur Behandlung der (Zülzer) 212.
Staphylococcus urethralis 35.
Stearrhoea nigricans 146.
Steinkonkremente auf elektrischem Wege, Zerstörung der (Edison) 209.
Sterilität, fakultative 513; — der Frauen, Gonorrhoe als Ursache der 211.
Streifen, lineare 332.
Striae 333; — nach Typhus 398.
Strikturen der Urethra, schmerz- und gefahrlose Methode zur forcierten Erweiterung der (Lahusen) 83; mit chron. Prostatitis und interessanten Reflexsymptomen (Neilson) 190; — Nervenstörungen als Folge von organischen (Guire) 564; — der Harnröhre, Behandlung der (Finweg) 376. — Ruptur der Urethra infolge von 414.
Struma congenita parenchymatosa, Aristol bei 289.
Strumöse Bubonen s. Bubonen.
Stylosporen 479.
Sublimat gegen Erysipel 227.
Sublimatäthерspray bei Variolapusteln im Gesicht (Talamon) 37.
Sublimatbad, elektrisches 280.
Sublimatexantheme 213.
Sublimatvergiftung nach Ätzung mit Solutio Plenckii (v. Hofmann) 331.
Sulfonalexanthem 214.
Sykosis 210; — Behandlung der (Unna) 186; — mit Aristol behandelt 289; mit Wollfett 316.
Symptomatische Dermatoneurosen 218.
Syphilid der Unterlippe, welches Lupus erythematosus vortäuschte (Fournier) 32.
— an den Brüsten 176; der Genitalien, frühzeitiges (Cochez) 223.
— kleinpapulöses, dem Lichen scrophulosorum ähnlich (Kaposi) 288.
— serpiginöses, wucherndes 433.
Syphilidologie und Dermatologie an den preußischen Universitäten und ihre Vorgeschichte, die Bedeutung der Spezialkliniken für (Köbner) 233.
— und Dermatologie, französiche Gesellschaft für 30. 547.
— russische Gesellschaft in St. Petersburg 548.
Syphilis durch Impfung 78. 295; — früher und jetzt, Maßregeln zur Unterdrückung der (Buret) 457; — in Rom zur Zeit der Cäsaren (Buret) 458; —, Beitrag zu den ältesten Schriften über (Lesser) 225; — und ihre steigende sociale Ge-

fahr (Braus) 222; —, Fall von zweimaliger Infektion mit (Taylor) 398; — Infektionsfähigkeit nach 4¾ Jahren (Maurisc) 547; —, indirekte Übertragung der (Dubois-Havenith) 181; — als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie (Finger) 182; —, Sammlung extragenitaler Infektionen mit (Tschistjakoff) 549; — Einfluſs der, auf die Kindersterblichkeit (Pileur) 224; —, Kind mit schuppender (Ehrmann) 286; — der Ammen (Morel-Lavallée) 457.

Syphilis der Placenta (Thiel) 42; — des Herzens von der klinischen Seite betrachtet (Sacharjin) 42; — der Nase, mit Aristol behandelt 126; — des Herzens, -Myocarditis gummosa (Stravino) 407.

— mit nässenden Papeln am After und an der unteren Fläche eines schwammartig am Rücken aufsitzenden Tumors (Grünfeld) 287.

— der Lippe, Fall von (Blaschko) 185; — der Gesichtshaut (Unna) 373.

— des Gehirns, Psychosen infolge von (Hay) 515.

Syphilis, Sitzungsberichte der französischen Gesellschaft für Dermatologie und 30. 547.

— und Hautkrankheiten zu Pisa, erstes Triennium der Klinik für (Chiappa) 176.

— und Albuminurie 279; (Petersen) 282; — und Reizung (Plumert) 131.

— u. Tabes (Gaucher) 548; — Schlüsselbeinbruch infolge von (Kulnjeff) 548.

— Hemiparaplegie infolge von (Pedicini) 407; — atypische Lymphdrüsenerkrankung bei (Brunelle) 181; — Diabetes, Acetonämie (Jullien) 279; — und Skrofulose 182.

—, Hydarthrosis bei frischer (Folinea) 407.

— cutanea vegetans 428.

— maligna praecox, Kuhpockenimpfung mit Gangraen bei (Balzer) 32.

— papulosa 583.

— Fall von gleichzeitigem Vorhandensein primärer, sekundärer und tertiärer Erscheinung von (Kasansky) 130.

— zu beziehen, auf welche ursächlichen Momente ist der Ausbruch tertiärer Formen der (Haslund) 278.

— tertiaria, gummöse Formen der (Ussass) 548.

— tertiaria mit grofsen gummösen Tumoren auf der ganzen rechten Rippenseite, Fall von (Amicis) 406.

Syphilis hereditaria 176. 183; — zur Kasuistik der (Amon) 41.

Syphilis, Gumma der Haut bei (Ullmann) 285.

—, Kryptorchismus bei (Schiff) 287.

—, Fall von syphilitischer Infektion bei (Taylor) 398.

—, Sektion von 28 Fällen (Barthélemy) 547.

Syphilis hereditaria tardiva 373; — mit Gumma des Pharynx, Fall von (Cheminade) 41.

Syphilisbehandlung (Köbner) 266. 376; (Neumann) 265.

—, präventive (Jullien) 266. 267; — Wert der Präventivmethoden in der (Watraszewski) 268; — allgemeine (Leloir) 269.

—, Die speciellen Indikationen der verschiedenen Applikationsweisen d. Quecksilbers bei der (Lang) 278.

—, über die Verwendung der elektrischen Kataphorese im elektrischen Bade zur (Ehrmann) 280.

— rationelle (Buret) 458.

— mittels Resorption der Medikamente von der Haut aus (Brémond) 458.

— neue Methode der (Quinquaud) 84.

— Nachweis des Chroms im Urin während der Chromwasserbehandlung (Güntz) 42; — lokale Antiseptica in der (Hallopeau) 78.

— Excision der Initialsklerose bei der abortiven (Leloir) 256; (Odmansson) 266.

— Anfang, Dauer und Methode der (Leloir) 262.

— Chromwasserbehandlung, Salzbäder bei der (Güntz) 516.

— -Behandlung mit dem Kochschen Heilmittel 583.

— —, subkutane Injektionen von Hg-thymolo-acetic. (Löwenthal) 77; — von unlöslichen Hg-Salzen (Smirnoff) 130; — therapeutische Wirksamkeit u. einige Komplikationen (Watraszewski) 223; — mit Quecksilbereinspritzungen (Leloir u. Tavernier) 223; — klinische Beobachtungen über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze (Klotz) 225; — Quecksilberoxycyanideinspritzungen (Boer) 330; — mit salzsauren Glutinpeptonsublimat-Injektionen (Hüfler) 373; — Injektionen von Ol. cinereum (Mall) 374; von Hg-succinimidicum (Selenew) 406; — mit Kalomelinjektionen (Vogeler) 515.

Syphilitische Erkrankungen des Akustikusstammes (Jung) 556.

— Ammen 457.

— Albuminurie 279; (Petersen) 282.

— Abnorme Öffnung des Sinus maxillaris bei einer (Hermet) 224.

— Coma 279.

— Ekthyma mit Pyoktanin behandelt 85.

Syphilitische Epididymitis, primäre (Andronico) 408.
— Framboesie 429. 433.
— Gelenkentzündungen 406; — neue Beiträge zur Kenntnis der (Rubinstein) 331.
— Hemiatrophie der Zunge (Mauriac) 31.
— Infektion, zweimalige, und ein Fall bei einer hereditär Syphilitischen (Taylor) 398.
— Kniegelenkswassersucht (Trinkler) 184.
— Myelitis lumbalis acuta (Renault) 556.
— Erkrankungen des centralen Nervensystems, zur Therapie der (Banke) 516.
— Basis, Beitrag zur Kenntnis der multiplen Neuritis auf (Taylor) 225.
— Phagedaena und septische Phagedaena (Jullien) 35.
— Phimosis 281.
— Phlebitis (Breda) 407.
— Verhärteter Pseudoschanker bei alten (du Castel) 548.
— Schanker s. Initialsklerose.
— Erkrankungen der Wirbelsäule (Jasinski) 555.
— Zungengeschwür (Jullien) 279.
— Zungenerkrankungen des Sekundärstadiums (Fournier) 458.
Syphilom, schankerartiges 184. 223.
Syringocystadenom 2.
System der Hautkrankheiten 418.

Tabakumschläge gegen Blasentenesmus 230.
Tabes und Syphilis (Gaucher) 548.
Tâches bleuâtres 186. 389.
Talgdrüsen, Bau der 215.
— Bemerkungen zur Histologie des normalen Sekretes der menschlichen (Philippson) 202.
Technik, mikroskopische, s. Mikroskopische T.
Tendovaginitis gonorrhoica (Feleki) 87.
Tertiäre Syphilis, s. Syphilis.
Testikelsaft auf das Nervensystem, Brown-Séquards Verjüngungsversuche und der erregende Einfluſs des 83.
Testikularflüssigkeit bei Frauen, Wirkung der (Mairet) 237.
Testikelsarkom (Radice) 290.
Thallinum sulfuricum bei Gonorrhoe, Wirkung des (Schuppert) 47.
Therapeutische Leistungen der Jahres 1889 (Pollatschek) 403.
Thiol bei Hautkrankheiten, die äuſserliche Anwendung des (Schwimmer) 290; (Buzzi) 550.
Thrombose bei Hauthämorrhagieen 329.
Thymolquecksilber, essigsaures, bei Syphilis (Löwenthal) 77.
Thymolquecksilber-Exanthem 214.
Tinea tonsurans, s. Trichophytia.
Tod in der Chloroformnarkose, Ursachen des (Wood und Hare) 136.
Tonsillitis bei Erythema nodosum 527.
Toxine 194.
Transplantation bei Fuſsgeschwür (Lukasiewitz) 286.
Traumatisches Fieber 391.
Trichoclasis 131.
Trichomykosis nodosa (Patteson) 131.
— nodularis 131.
Trichophytia 67. 501. 505.
— maculosa acuta 141.
— Aristol bei 289; Wollfett bei 316.
— capitis, Behandlung der (Brocq) 557; — kompliziert mit pustulösem Ekzem (Ohmann-Dumesnil) 557.
Trichophytiasis ungualis, zum Studium der (Fournier) 226.
Trichophyton- und Favuskulturen, Einwirkung von Medikamenten von (Schwengers) 155.
Trichorrhexis nodosa 131.
Tripper, s. Gonorrhoe.
Tripperfäden 210. 335.
Tripperexanthem, Zur Erklärung des sogenannten (Flesch) 381.
Trippermetastasen 231.
Tripperrheumatismus, s. Rheumatismus.
Tropengeschwüre, phagedaenische 558.
Trophoneurosen der Haut 217.
Tubensäcke bei Gonorrhoe, Flüssigkeitsansammlungen in den 212.
Tuberkelbacillen im Schweiſse tuberkulöser Personen (Mattei) 77.
Tuberkulose der Haut (Sevestre) 32; (Zeisler) 129.
— der Nase (Seifert) 40; des Larynx (Marty) 39.
— der Nase (Lukasiewitz) 286; der Lymphdrüsen, Aristol bei 290.
— nach Impfung 215.
Tuberkulose empfohlenen Mittel, über die Versuche mit den von Koch gegen (Köhler u. Westphal) 571.
— verschiedener Organe, Verlauf einiger mit dem Kochschen Heilmittel behandelten Fälle von (Feilchenfeld) 567.
— nach Koch, Praktische Behandlung der (Dengel) 567.
— Mitteilungen über die mit dem Kochschen Heilverfahren gewonnenen Ergebnisse (v. Bergmann) 572.
Tuberkulose. Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen (Koch) 465. 567.
— Bericht über die ersten nach Kochs Methode behandelten Fälle von chirurgischer (Levy) 567.

Tuberkulose, Behandlung nach Kochs Methode 578. 583.
Tuberculosis verrucosa 32.
Tuberkulöse Karies, Behandlung mit dem Kochschen Heilmittel 581.
— Lymphangitis (Hallopeau u. Goupil) 547.
Tumoren, Beitrag zur Statistik der malignen (Müller) 216.
Typhus, Masernähnliches Exanthem bei (Neumann) 553.
Typhus abdominalis, Erythema multiforme im Verlaufe von (Laufer) 180.
Typhus roseola 420. 493.

Ueberfettete Seifen s. Seifen.
Überraschungsirrtümer bei der Diagnose des indurierten Schankers (Fournier) 43.
Ulerythema akneiforme (Unna) 82.
— centrifugum 501; (Rosenthal) 143; — des behaarten Kopfes (Blaschko) 140; — vortäuschend Syphilid der Unterlippe (Fournier) 32.
— -Behandlung 289; — mit dem Kochschen Heilmittel 581. 583.
Ulcus blenorrhoicum, Aristol bei 290.
— callosum 70.
— cruris, Behandlung mit Schnee 39; — mit Aristol 126. 289. 290; — mit Transplantation 286.
— durum s. Initialsklerose.
— molle (Tschistjakoff) 548; — mammae (Pospelow) 409; — Behandlung mit Schnee 39; — mit Pyoktanin 85. 405.
— molle gangraenosum penis 549.
— phaegedaenicum, über das (Boinet) 558.
— rodens des Penis 334; — bei einem 14jähr. Mädchen (Williams) 559.
— tuberculosum (s. scrofulosum) 182.
Unterlippensyphilid, Lupus erythematosus vortäuschend (Fournier) 32.
Unterschenkelgeschwür s. Ulcus cruris.
Untersuchung kleiner Mädchen im Falle eines unsittlichen Attentates, Anleitung zur (Lacassagne) 566.
Urethra, Haemorrhoiden der prävesikalen Gegend der 211.
— Endoskopie 210; — der weiblichen (Janowsky) 212; — Elektroendoskopie mit Demonstrationen (Kollmann) 212.
— nach Kreolineinspritzung, Verschorfung der (Grünfeld) 285.
— posterior, am gonorrhoischen Entzündungsprozefs, über die Häufigkeit der Beteiligung der (Letzel) 370.
Urethra, Antiseptik der Blase und (Ziemssen) 375.
— Diphtherie der (Brown) 414.
— infolge von Striktur und Heilung der Urininfiltration durch Urethrotomia externa, Ruptur der (White) 414.
— Fall von angeborener Mifsbildung der (Stein) 564.
Urethralsklerose, totale 211.
Urethritis, s. auch Gonorrhoe.
— anterior, Anwendung der Antisepsis bei frischer (White) 565.
— posterior 370.
— externa 416.
— glandularis 463.
— follicularis 463.
Urethrocystitis blennorrhoica (Ullmann) 286.
Urethrometer 210.
Urethroskop, Leistungsfähigkeit d. Elektro- (Oberländer) 463.
Urininfiltration, durch Urethrotomia externa, Heilung der 414.
Urinverhaltung, einige praktische wichtige Punkte bei der Behandlung der (Browne) 190.
Urologische Praxis (Brick) 85.
Urticaria im Säuglings- und Kindesalter (T. C. Fox) Schlufs 19; (Jacquet) 547.
— pustulosa, Varicellen im Gefolge von 19.
— nach Antipyrin 37; nach Influenza 199.
— der Zunge (Bock) 177.
— chronica nervosa, Antipyrin gegen (Nitot) 219.
— bei Rubeola 220.
— nach der Impfung 294.
— nach Sandelölgenufs 382.
— Behandlung mit Jodkalium (Stern) 553.
— toxica 420. 528.
— essentialis 421.
— ab ingestis 491.
— chronica 504.
— Erythem und Purpura 504.
— necrotica 529.

Vaccina 221. 420. 494.
— im Verlauf einer „Syphilis maligne précose.“ Ein mit Gangraen komplizierter Fall von (Balzer) 32.
Vaccine-Exantheme (Morris) 293.
Vaginismus, geheilt durch den galvanischen Strom, 2 Fälle von (Lomer) 83.
Vaginitis gonorrhoica 232.
Varicella 420. 494; — im Gefolge von Urticaria pustulosa 19.
Varicen 70.
Variola 221. 296. 420. 494; — Hautkrankheiten nach 297.

Variolapusteln im Gesicht mittels eines Sublimatäthersprays (Talamon) 37.
Vas deferens, Verlauf der Lymphgefäfse des (Horovitz und Zeissl) 286.
Vasomotorische Dermatosen s. Dermatosen.
— Dermatoneurosen 217.
Venerische Geschwüre mit Schnee behandelt 39.
— Krankheiten in den Armeen (Töply) 185.
Verdickung der Hände und Fufssohlen, warzenartige (v. Hebra) 287.
Vereinigung, Berliner dermatologische 139. 241.
Vergetures arrondies 333.
Verkalktes Epitheliom (v. Noorden) 187.
Verjüngungsversuche und der restaurierende und erregende Einfluſs des Testikelsaftes auf das Nervensystem (Brown-Séquard) 83.
Verruca seborrhoica s. senilis s. plana seniorum (Pollitzer) 145.
— filiformis 148.
Verruqueux corné 31.
Vitiligo 272. 274. 275. 561; — oder Leukopathia acquisita (Schweninger und Buzzi) 561.
— neurotica 562.
Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut 417. 418. 528.
Vulva, Hospitalbrand der (v. Herff) 517; Elephantiasis der (Sander) 558.
Vulvovaginaldrüsenerkrankung bei Gonorrhoe 211.

Wallungserythem 493.
Warzen 356.
— seborrhoische s. Verruca seborrhoica.
Warzenartige Verdickung der Hohlhände und Fufssohlen (v. Hebra) 287.
Warzige Gebilde, Elektrolyse der (Ehrmann) 43.
Waschseife 66.
Watteeinwickelungen bei Urticaria 547. 550.
Weber und Spinner, über die Folliculitis und Perifolliculitis der (Wargnier) 187.
Weichgummikatheter, Führungsstäbe für (Michael) 289.
Weifse Farbe unserer Haut? Was bedingt die (Kromayer) 73.
Werlhofsche Krankheit s. Morbus maculosus.
Wetzsteinförmige Bacillen bei Karzinom 402.
Wiener dermatologische Gesellschaft 124.
Winteritsch s. Pruritus hiemalis.
Wirbelsäulenerkrankung, syphilitische (Jasinski) 555.
Wollfett als Reduktionsmittel, rohes 315.

Xanthoma 509.
Xerodermie 509; — Monilithrix bei 35; — mit Sklerodermie 503.
Xeroderma pigmentosum 272. 483. 561; (Kaposi) 286.
— (Kaposi) Melanosis lenticularis progressiva Pick (Elsenberg) 189.

Zellteilung (Amitose), über direkte 36.
Zerstörung von Steinkonkrementen auf elektrischem Wege (Edison) 209.
Zinkstaub als Pastengrundlage 313.
Zona 509; — während Arsenikbehandlung, über das Auftreten von (Nielsen) 302.
— sacro-genitalis, Fall von (Davidson) 329.
— supraorbitalis haemorrhagicus 502.
— Abortivbehandlung mit Alkohol 178; — mit Thiol 290; — Behandlung (Brocq) 330.
— gangraenosa 290.
Zunge, Urticaria der (Bock) 177; — auf syphilitischer Basis, Hemiatrophie der (Mauriac) 31.
Zungenerkrankungen des Sekundärstadiums, syphilitische (Fournier) 458.
Zungengeschwür, syphilitisches 279.

Namenregister.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abraham 327.
Addison 560.
Alapy, H., Über die Sterilisierung der Gummisonden 566.
Albert 583.
Allen, C. W., Behandlung von Erysipelas 399.
Almquist, Ernst, Untersuchungen über einige Bakteriengattungen mit Mycelien 46.
Amicis, De, Über einen Fall von tertiärer Syphilis mit grofsen gummösen Tumoren auf der ganzen rechten Rippenseite 406.
— 128. 259. 324. 326.
Amon, Zur Kasuistik der hereditären Lues 41.
Andeer, F., Analytische und synthetische Belege für die Überführbarkeit der Aromatica, speciell des Resorcins im Fette des tierischen Organismus 566.
Anderson, McCall 395.
Andronico, Über primäre syphilitische Epididymitis 408.
Appert, L., Über eine eigenartige Hausepidemie 218.
Arnozan, Die Behandlung des Epithelioms des Gesichts mit Essigsäure 35.
— 34.
Arning, E., Über die ambulante Behandlung der Epididymitis mittelst eines neuen Kompressionsverbandes 291.
— Lepradiskussion 324.
Atckinson 245.
Aubert 410.
Auspitz 203. 256. 257. 259. 418. 420. 421. 422. 431. 433. 434. 493. 494. 495. 496. 517. 528. 529. 530. 531. 534. 540. 541. 543. 544. 545. 546. 547.
Babes und Petrini, Über einen Fall von Pityriasis rubra 186.
Baelz 317. 318. 319. 497. 543.
Bärensprung 354.
Bäumler 522.
Balzer, Über einen mit Gangrän komplizierten Fall von Kuhpockenimpfung im Verlauf einer „Syphilis maligne précoce“ 32.
— 1. 3. 14. 15. 16. 17. 145. 147. 148. 510.
Bamberger 429.
Banke, H., Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems 516.
Bar, L., Zur Kenntnis der subkutanen rheumatischen Knoten 126.
Baretta 1.
Barié, E., Über einen Fall von katamenialer Chromhidrose 46.
Barthélemy, Sektion von hereditärsyphilitischen Kindern 547.
— Symptomatische Hautausschläge bei epidemischer Influenza 34.
— 145. 148. 269.
Bartholini 211. 232.
Bartow 507.
Batchelor, W. A., Schleimpolypen in der Blase eines Kindes, Operation, Tod 230.
Bateman 29.
Baude, Em., Über einen im Hôpital Saint-Sauveur in Lille beobachteten Fall von Lepra 39.
— Über die symptomatischen Dermatoneurosen (Leloir) 218.
Bazin 32. 141. 408. 455. 456. 480. 546.
Beck, M. 250. 255.

Beckh, Zur Behandlung des Lupus mit Perubalsam 330.
Begbie 523.
Beiersdorf 67.
Beisel 368.
Behrend 141. 142. 193. 194. 195. 197. 198. 213. 214. 243. 244. 245. 294.
— G. 294.
Belfield 190. 565.
Bell 46. 256.
Benda, Th., Beitrag zur Behandlung der Neuralgia spermatica 375.
Benson, H. 327.
Bergmann, E. von, Mitteilungen über die mit dem Kochschen Heilverfahren gewonnenen Ergebnisse 567.
— 106. 580.
Berendes, Fall von Riesenzellensarkom des Oberkiefers 559.
*Berliner, Carl, Über Hutchinsons Sommerprurigo und Sommereruption 368. 449. 480.
— Referate 186. 216. 219. 222. 223. 365. 518. 556. 557. 560.
— 367.
Besnier, E., Keratodermia symmetrica erythematosa 460.
— Pathogenese der Erytheme. Erythema polymorphum. Erythema scarlatiniforme 554.
— 1. 11. 14. 15. 17. 31. 32. 33. 35. 118. 127. 155. 283. 412. 547. 550.
Beurmann, De, Schanker der Mamma 34.
Bidder 363. 520.
Biermer 522.
Biett 378.
Billroth 106. 402. 411. 579. 583.
Binz 311.
Blaschko, A., Die Berufsdermatosen der Arbeiter 87.
— Die Siderosis der Müller 139.
— Keratosis follicularis 140.
— Ein Fall von Lippensyphilis 185.
— Physiologie und Pathologie des Pigmentes 276.
— 141. 210. 226. 276.
Block 141.
Bobin 405.
Bock, Urticaria der Zunge 177.
— Das Sklerema der Erwachsenen und seine Entstehung 188.
Bockhart, 186. 362. 556.
Boeck, C., Psorospermosis 132.
— 269. 514. 524. 527.
Boegehold, Zur Behandlung des Blasenkatarrhs 86.
Böhmer 367.
Boer, O., Injektionen von Quecksilberoxycyanid gegen Syphilis 330.
— 243. 244.
Boïcesco 36.
Bókai 302. 303.
Bolowski 254.
Borowsky 405.
Boudry 140.
Bowen 226.
Braus, Die Syphilis und ihre steigende soziale Gefahr 222.
Breda, Die Massage bei Sklerodermia 412.
Breda, Beitrag zur Kenntnis der Phlebitis syphilitica 407.
Brefeld 46.
Brémond Fils, Behandlung der Syphilis mittelst Resorption der Medikamente von der Haut aus 458.
Brick, J. H., Aus der urologischen Praxis 85.
Britton, Ein Fall von intensiver progressiver Pigmentierung nach Ekzema 134.
Broadbent 85.
Brocq, L., Diagnose und Behandlung der Ichthyose 226.
— Behandlung der Zona 330.
— Über einen Fall von schwerer Gehirnerkrankung nach dem plötzlichen Verschwinden eines chronischen Ekzems 409.
— Behandlung der Trichophytia capitis 557.
— 31. 227. 554.
*Brooke, H. G., Mitteilungen über eine Methode des Färbens von Salben 62.
*— Eine vorbereitende Behandlung des Lupus vulgaris 129. 377.
*— Über die Behrendsche Einteilung der Arzneiexantheme in specifische und dynamische 193.
Bronson, E. B., Pruritus 397.
Brown, F. Tilden, Über Diphtherie des Meatus urinarius 414.
Brown, F. J., 565.
Browne, G. Bruckston, Einige praktisch wichtige Punkte bei der Behandlung der Urinverhaltung 190.
Brown-Séquard: Verjüngungsversuche und der restaurierende und erregende Einfluß des Testikelsaftes auf das Nervensystem 83.
— 137. 237.
Brunelle, Atypische Lymphdrüsenerkrankungen bei Syphilis 181.
Brunner 395.
Bruns 187.
Brunton 136.
Bryk 114.
Bulkley 368.
Buren, van 563.
Buret, F., Die Maßregeln zur Unterdrückung der Syphilis früher und jetzt 457.
— Die Syphilis in Rom zur Zeit der Cäsaren 458.

Buret, F., Die rationelle Behandlung der Syphilis 458.
Burlureaux, Über die Wirkung des Speichels auf Kalomel und die Verwendung dieser Erscheinung zum Nachweis der Jodoformintoxikation 31.
Busey, S. C. 114. 115. 120. 122.
Butruille 345. 348. 352.
Buzzi, F., Schemata zum Einzeichnen von Untersuchungsbefunden bei Hautkrankheiten 511.
— Das Thiol in der Therapie der Hautkrankheiten 550.
— und Schweninger, Notizen über Favus lupinosus am Rumpfe 560.
— Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen der Haut 561.
— Vitiligo oder Leukopathia acquisita 561.
— Ephidrosis eines begrenzten Teiles des Gesichtes 563.
*— Brief aus Berlin 578.
— Referate 73. 465.

Cabot, A. T., Über einen Fall von anscheinender Heilung einer Nierencyste durch eine einzige Aspiration 414.
Campana 210. 212. 407.
Carion, Stellwag von 583.
Caro 337.
Carrier 291.
Cartier 252.
Caspary 271.
Casper 213.
Castel, Du, Atypische, syphilitische Schanker 34.
— Verhärteter Pseudo-Schanker bei alten Syphilitikern 548.
Ceely 298.
Champbell 396.
Championnière, Lucas 72.
Charcot 541.
Charpentier 269.
Charrin 132.
Cheadle 27.
Cheminade, G., Ein Fall von Syphilis hereditaria tardiva mit Gumma des Pharynx 41.
Chiappa, Das erste Triennium der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Pisa 176.
Chiari 413.
Cholmeley 120.
Cochez, A., Über zwei Fälle von frühzeitigen Genitalsyphiliden 228.
Cohnheim 153. 358.
Corlett, W. T., Klinische Untersuchungen über Pruritus hiemalis, „Winteritsch“ oder „Frost-itsch“ 397.
Cornet 580.
Cornil 257. 403.
Coulaud 525.
Coull 27.
Cowper 179. 232.
Crandall, F. M., Einkeilung eines Blasensteins in der Harnröhre bei einem dreijährigen Knaben 230.
Créquy, Über einen Fall von Hg-Vergiftung 292.
Crocker, H., Radcliffe, Pagets disease am Scrotum und Penis 412.
— Pemphigus vegetans (Neumann) 516.
— 52. 113. 132. 146. 148. 213. 294. 341. 342. 395. 430. 432. 434. 448. 499. 505. 506. 508. 517.
Curschmann 103. 523.
Cutler 345. 348.
Czerny 85.

Daguerre 73.
Danet, Über den Wert hypodermatischer Karbolsäure-Einspritzungen beim Karbunkel 410.
Darier 1. 2. 3. 11. 12. 13. 14. 19. 31. 132. 133. 134. 140. 226. 461. 502. 503. 509.
Daubler 298. 299.
Davidson, Hugo, Über einen Fall von Herpes zoster sacro-genitalis 329.
— 252.
Davy 255.
Day 114.
Déclat 410.
Declerq 262.
Dengel, Praktische Bemerkungen zur Behandlung der Tuberkulose nach Koch 567.
Deutschmann, R., Arthritis blennorhoica 231.
— 232.
Devergie 283. 284. 285. 286. 460. 518.
Dickson 388.
Diday 260. 265. 267. 269.
Dittel, Leopold, I. Karcinom in einer Brandnarbe, II. Karcinom nach Ulcus durum 411.
Dobberitz 291.
Dobisch, A., Ein Anästhesierungsverfahren bei kleinen Operationen 48.
Dohrn 75.
Dort, F. Broes van, Zur Therapie des Lichen ruber 187.
*Dott, D. B. und Jamieson, W. A., Überfettete Seifen vom klinischen und chemischen Standpunkt 65.
Douglas 65. 66. 68.
Doutrelepont, Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von akuter, multipler Hautgangrän 219.
— 50. 51. 234. 260. 267. 369. 378. 387.

Doux, G., Zur Bereitung von Karbolgaze 328.
Doyon 118. 458.
Dreckmann, P., Referate 37. 39. 40. 43. 44. 45. 77. 79. 80. 81. 84. 85. 88. 124. 126. 288. 290. 291. 292. 328. 330. 331. 333. 550.
Dreifous, Die antiseptische Wirkung des Salols auf die Harnorgane bei innerlicher Anwendung desselben 291.
Dreyling 521.
Dubois-Havenith, Syphilis — indirekte Übertragung 181.
— Referate 177. 181. 186. 189.
— 214. 261. 269.
Dubreuilh 141.
Ducastel 269.
Düring, E. von 193.
Duhring, L. A., Ein typischer Fall von Dermatitis herpetiformis 219.
— Die Behandlung der Dermatitis herpetiformis 398.
— 31. 248. 252. 364. 394. 536. 546. 554.
Dumas 552.
Dupus, Abortivbehandlung des Herpes mittels Alkohol oder alkoholischer Lösungen 178.

*Eddowes, A., Über die Natur der Herxheimerschen Spiralen der Oberhaut 89.
Eger, Über einen Fall von Lymphangiektasie, Lymphorrhagie und Pulmonalarteriensklerose 81.
Eichhoff, Über das Aristol 289.
— Zur Ätiologie der Sklerodermie 562.
— 67. 126.
Ehlers, Ekthyma gangraenosum 132.
— 214. 271.
Ehrmann, Über Elektrolyse warziger Gebilde 43.
— Über Anomalien der Pigmentierung und über die Entfärbung der Haut 272.
— Über die Verwendung der elektrischen Kataphorese im elektrischen Bade zur Behandlung der Syphilis 280.
— Kind mit schuppender Syphilis 286.
— Von Herxheimer dargestellte Fasern in der Epidermis 287.
— 44. 271. 273. 275. 276. 278. 280. 281. 282.
Elsenberg, A., Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Melanosis lenticularis progressiva 189.
— 190.
Engelsted 308.
Epstein 3. 9. 10. 302. 303.
Eraud, Einige Umstände, welche darauf hindeuten, daſs der Gonokokkus nicht specifischer Natur ist 35.
Erckens, Zur Milchsäurebehandlung des Lupus 555.
Esmarch 114. 120. 121.
Eulenburg, A. 395.

Faber, Über Lupus vulgaris 373.
Fabry, J., Über Onychomycosis favosa 135.
— 251.
Fagge, C. Hilton 507.
Farquharson 245.
Feilchenfeld, H., Über den Verlauf einiger mit dem Kochschen Heilmittel behandelten Fälle von Tuberkulose verschiedener Organe 567.
Fedschenko, N., 48.
Fehling 310.
Feleki, H., Tendovaginitis blennorrhoica 87.
Fenn 363.
Feulard, Über zwei Fälle von Lichen planus, welche bei verschiedenen Hautläsionen ganz identische Veränderungen auf der Mundschleimhaut darboten 31.
— 1. 14. 15. 17. 30.
Finger, E., Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie 182.
— Diagnose, Prognose und Therapie der chronischen Gonorrhoe 210.
— 210. 213.
Fink, E., Referate 177. 228. 229.
Finweg, Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen 376.
Fischer 311.
Fleischer 405.
Flemming 4.
— W. 36. 403. 446.
*Flesch, Max, Zur Erklärung des sogenannten Tripperexanthems 381.
Florentino 49.
Flügge 514.
Folinea, Über Hydarthrosis bei frischer Syphilis 407.
Fontan 410.
Fordyce, J. A. 565.
Fournier, A., Über ein Syphilid der Unterlippe, welches Lupus erythematosus vortäuschte 32.
— Ein einen syphilitischen Schanker vortäuschendes Ekthyma bei einem Kinde 34.
— Überraschungsirrtümer bei der Diagnose des indurierten Schankers 43.
— Impfsyphilis 78.
— Die Behandlung der Krätze 409.
— Die syphilitischen Zungenerkrankungen des Sekundärstadiums 458.
— 30. 34. 224. 238. 266. 267. 268. 376. 529. 548.

Fournier, H., Zum Studium der Trichophytiasis ungualis 226.
Fowler 528.
*Fox, Colcott, Über Urticaria im Säuglings- und Kindesalter (Schluſs) 19.
* — Exanthemata medicinalia externa 245.
— 52. 53. 54. 105. 112. 113. 118. 121. 146. 213. 499. 502. 504. 505. 506. 509. 543.
—, T., 52. 53. 112. 113. 118. 121. 248. 252. 546.
Fränkel 231. 514. 524.
Frank, H., Über die heutigen Methoden der Erysipelbehandlung 187.
Franke, Felix, Dermoid oder Epidermoid 413.
French-Heath 521.
Friedberg 115. 122.
Friedrich 282.
Fürbringer 335.
Fürst 254. 255.
Funk, Referat 556.

Gabriel, Arthur, Zur Diagnose der chronischen Gonorrhoe 335.
Gade, Sklerodermie 135.
Gärtner 232. 280. 281. 282.
Garrè 362.
— und Troje, Chirurgische und bakteriologische Erfahrungen über das Pyoktanin 327.
Gaskoin 46.
Gaucher, E., Tabes 548.
Gee 28.
Gemy, Dermatitis exfoliativa generalisata 548.
— Ulcus durum der Unterlippe 548.
Gerhardt 497. 543.
Gerlach, Lysol, ein neues Desinficiens 218.
Geyer 247.
Gibert 141. 501. 502.
Gietl 518.
Gimard, M. de, Über die primäre Purpura haemorrhagica oder Purpura infectiosa 74.
Gintrac, E. 524.
Giovanni, S., Ein Fall von Hydrosadenitis 227.
Gjorgiewicz 114.
Glénard 279.
Glenn 565.
Goldschmidt 45.
Gomot 75.
Goupil und Hallopeau, Tuberkulöse Lymphangitis 547.
Gram 89. 129. 134. 231.
Greco, Seltene Form von diffusem Sklerodern 413.
Grimm, Al., Spontane Gangrän des Fuſses infolge von Thrombose der Arteria poplitea 332.
Gründler, Referate 178. 218. 219. 221. 230. 238.
Grünfeld, Jos., Über Cystoskopie 84.
— Ätzung und Verschorfung der Schleimhaut infolge Einspritzung einer 1/2 %igen Kreolinlösung in die Harnröhre 285.
— Syphiliskranker mit nässenden Papeln am After und an der unteren Fläche eines schwammartig am Rücken aufsitzenden Tumors 287.
— 212.
Gruenhagen 203.
Guémot 35. 408.
Günther, C., Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik 514.
— 142.
Güntz, E., Über den chemischen Nachweis des Chroms im Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis 42.
— Über den Einfluſs der Salzbäder auf die Ausscheidung des Chroms durch den Urin während der Chromwasserbehandlung der Syphilis 516.
Guigeot 363.
Guire, H. Mc., Über Nervenstörungen als Folge von organischer Striktur der Harnröhre 564.
— 230.
Guttmann, P., Über Salipyrin 553.
— 395.
Guy 499. 507. 510.
Guyon 210. 370.

Haab 229.
Habershon 507.
Haffler, Pigmentation der Haut nach innerlichem Arsengebrauch 44.
Hahn 369.
Hallopeau, H., Über eine an einem Säugling beobachtete bullöse Dermatose mit persistierenden Narben, Epidermiscysten und Beteiligung der Mundhöhle 30.
— Ein Fall von lokaler Asphyxie der Extremitäten mit chronischer eitriger Polydactylitis und ephemerer Entwickelung von disseminierter, symmetrischer, pustulöser Dermatitis 33.
— und Lefèvre, Ein Fall von moniliformer Haarbildung 34.
— Über die lokalen Antiseptica bei der Behandlung der Syphilis 78.
— Über die Behandlung der Alopecie 79.

Hallopeau, H., Dermatitis pustulosa chronica mit excentrisch wachsenden Herden 461.
— und Goupil, Tuberkulöse Lymphangitis 547.
— 31. 34.
Handford 146. 147. 148. 149. 556.
Hanot 279.
Hansen, G. A., Ist die Lepra eine „im Aussterben begriffene" Infektionskrankheit und ist sie erblich? 77.
Hardy, M., 30. 32. 218. 227. 547. 548.
Hare, H. A. und Wood, H. C., Über die Ursachen des Todes in der Chloroformnarkose 136.
Haren-Noman, D., Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau 73.
Harkin, A. 528.
Harlingen, van 52. 105. 119. 121. 245.
Haslund, Auf welche ursächlichen Momente ist der Ausbruch tertiärer Formen der Syphilis zu beziehen? 278.
— 267. 307.
Hautecoeur, Fall von Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta (Brocq), Hydroa acuta (Unna) mit einzelnen Elementen der Impetigo herpetiformis 554.
Havas, Ein Fall von Akne varioliformis 79.
— Lichen ruber acuminatus 283.
— 284. 285.
Hay, C. M., Drei Typen von Psychosen infolge von Gehirnsyphilis 515.
Hayes 52. 113. 454.
Hebb 187.
Hebra, H. von, Lepra 285.
— Glycerinum-saponatum-Präparate 286.
— Melonotisches Sarkom 286.
— Lichen planus 286.
— Pityriasis pilaris 286.
— Pityriasis pilaris rubra 287.
— Warzenartige Verdickung der Hohlhände und Fufssohlen 287.
— Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten 123. 125. 284. 302. 303. 502. 583.
Hebra, F., 25. 30. 55. 118. 124. 141. 143. 152. 186. 204. 205. 227. 234. 248. 252. 269. 283. 284. 285. 296. 421. 429. 450. 453. 518. 524. 530. 531. 532. 533. 534. 536. 537. 539. 540. 544. 545. 546.
Heitzmann, L., Der feinere Bau der normalen Lederhaut 125.
*Heller, Über die bakteriologische Bedeutung des Aristols 241.
— 243. 244.
Herff, Otto von, Ein Fall von Hospitalbrand an der Vulva nebst Bemerkungen über die Behandlung dieser Krankheit 517.
Hermet, Abnorme Öffnung des Sinus maxillaris bei einer Syphilitischen 224.
Herxheimer, K., 89. 91. 92. 93. 94. 99. 100. 105. 215. 274. 287. 366. 383.
Hess, Karl, Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase 80.
Heubner 443. 497.
Heulz, Ein Fall von Ekthyma terebrans bei einam Kinde 409.
Hill, B. 254.
Hochsinger, Kind mit Präputialsklerose 287.
Hoegh, K., Malignes Ödem (Emphysema gangraenosum, Gangrène gazeuse) 517.
Hoepfl 254.
*Hoffmann, Über Beziehungen des Erythema nodosum zu infektiösen Rachenaffektionen und zum Rheumatismus acutus 522.
*— Ein Beitrag zu den Influenzaexanthemen 199.
Hofmann, E. von, Sublimatvergiftung nach Ätzung von Kondylomen mit Solutio Plenckii 331.
— 331. 365.
Hoffmann, L., Referate 42. 74. 76. 77. 78. 80. 82. 86. 88. 185. 187. 232. 237. 288. 289. 290. 291. 329. 331. 333. 334. 335. 371. 372. 373. 374. 375. 405. 412. 516. 517. 554. 561. 562. 563. 566. 577.
Hoggan 52. 54. 111. 117. 118. 119.
Hoisholt, A. W., Ein Fall von Erythema nodosum mit Ausgang in Vereiterung 218.
Holschewnikow 122.
Hopkins 453.
Horovitz, Verlauf des Lymphgefäfses des Vas deferens 286.
Horteloup 238.
Hüet 496.
Hüfler, E., Über die Behandlung der Syphilis mit salzsaurem Glutinpeptonsublimat 373.
Hüppe 514.
Hüter 521.
Hugues, Über naevi pigmentati, ihre beschreibende und mikroskopische Anatomie, Diagnose, Pathogenie und Behandlung 413.
Humbert 410.
Hunter 256.
Hutchinson, J., Die Ursachen und die Entstehung der Lepra 322.
— 25. 29. 41. 52. 53. 80. 111. 113. 118. 121. 213. 293. 298. 300. 303. 323. 324. 325. 326. 327. 359. 368. 397. 430. 431. 434. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 457. 480. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 498. 499. 516. 517.
Hyde 186.

Jackson, G. T., Die Behandlung von Lupus vulgaris mittelst Elektrolyse 398.
— 249.
Jacobi 414.
Jacquet, L., Zur Pathogenese der Hauterkrankungen bei einigen vasomotorischen Dermatosen 549.
— Pruritus und Quaddelbildung 547.
— 1. 8. 10. 12. 13. 14. 30. 31. 509.
Jadassohn, J., Bemerkung zu der Arbeit Elsenbergs 190.
— Über die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge 232.
— Über Inokulationslupus 373.
— Vorstellung eines Patienten mit einem Primäraffekt an der linken Tonsille 556.
— Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut 412.
— 370.
Jäger, de 273.
Jakowleff 69.
*Jamieson, W. Allan, und D.B. Dott, Überfettete Seifen vom klinischen und chemischen Standpunkt 65.
— 136. 388. 389. 390. 391. 455. 483.
Janowsky, Endoskopie der weiblichen Harnröhre 212.
— 214. 247. 250. 251. 253. 254. 267.
Jarisch, Zur Physiologie und Pathologie des Pigmentes 275.
Jasiewicz, J., Zur Abortivbehandlung der Furunkel 462.
— 410.
Jasinski, Über syphilitische Erkrankungen der Wirbelsäule 555.
Jeanselme, E., Hautentzündungen und Elephantiasis im Gefolge von Geschwüren und Ekzem variköser Unterschenkel 70.
— Referate 36. 38. 44. 46. 128. 134. 330. 333. 413. 552.
Jeltzin 548.
Jenner 2. 8.
*Ihle, M., Versuche mit einigen, bisher noch nicht angewendeten, reduzierenden Medikamenten 310. 367.
*— Über 2 operativ behandelte Fälle von Carcinoma penis im jugendlichen Alter 369. 384.
— 368. 370.
Ins, v., 434.
Johnston, G. B., Permanente Drainage der männlichen Harnblase durch eine oberhalb der Pubes eingelegte Dauerkanüle 563.
Johnsen, L., Beiträge zur Ätiologie der Lepra 221.
Jones, Sidney, 113.
Jorissewni, Die antiseptische Behandlung des Erysipels 80.
Joseph, M., 38.
Isaac, Ein Fall von Naevus verrucosus pigmentosus 334.
— 142. 278.
Israel, Karbolöl gegen Scabies 374.
— 249. 250.
Jürgensen 523.
Juhel-Renoy 131.
Juliusburger 302. 303.
Jullien, Einige weniger bekannte Komplikationen der chronischen Gonorrhoe und ihre Behandlung 211.
— Allgemeine Präventivbehandlung der Syphilis 266.
— Über Syphilis, Diabetes, Acetonaemie 279.
— Syphilitische Phagedena und septische Phagedena 35.
— 210. 265.
Jung, Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankung des Akustikusstammes 556.

Kaempfer, G., Über ein nach dem Genusse alkoholischer Getränke auftretendes Exanthem 372.
Kahler 230.
Kahn, Max, Zur Kasuistik des Herpes gutturalis 330.
Kaposi, Über Ätzung der breiten Kondylome mittels Solutio Plenckii 331.
— Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut 271.
— Lepra 285.
— Xeroderma pigmentosum 286.
— Lymphodermia perniciosa, Mycosis fungoides 286.
— Herpes iris et circinatus 286.
— Pemphigus neurotraumaticus 287.
— naevus angiomatodes et verrucosus striatus 287.
— akute Akne des Gesichtes — Acne teleangiectodes 287.
— Excessive Elephantiasis arabum infolge von Lupus vulgaris 287.
— Elephantiasis arabum dorsi manus verrucosa infolge von Lupus vulgaris 287.
— kleinpapulöses Syphilid 288.
— Lichen scrophulosorum 288.
— 34. 52. 55. 105. 118. 119. 124. 131. 142. 144. 189. 201. 202. 206. 218. 219. 229. 265. 271. 272. 276. 283. 284. 285. 287. 302. 303. 307. 327. 341. 342. 343. 344. 355. 356. 357. 360. 368. 409. 433. 453. 483. 502. 518. 583. 584. 585.
Karg 273. 275.
Kasansky, M. W., Ein Fall von gleichzeitigem Vorhandensein primärer, sekundärer und tertiärer Erscheinung von Syphilis 130.

Katzer, Ein Fall von Elephantiasis arabum 374.
Kaufmann 402.
Keller, H., Über die Amputation des männlichen Gliedes und die Anwendung versenkter Etagennähte bei derselben 84.
— Zur Hautresorption im Bade 215.
Kenner 363.
Kirchner 556.
Kirn 529.
Klebs 107. 112. 113. 114. 118.
Klingemann, F., Die Löslichkeit des Jodoforms in Olivenöl 328.
Klotz, H. G., Klinische Beobachtungen über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze bei Syphilis 225.
— Über die Entwickelung der sogenannten strumösen Bubonen und die Indikationen für die frühzeitige Exstirpation derselben 237.
— Pilokarpin in der Dermatologie 399.
— 48.
Kobert 333.
Koch, R., Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose 465. 567.
— 77. 466. 467. 468. 469. 567. 578 579. 580. 581. 582. 583. 585. 586.
Kodemann, Über naevi vasculares 375.
*Köbner, H., Die Bedeutung der Spezialkliniken für Dermatologie und Syphilidologie an den preußischen Universitäten und ihre Vorgeschichte 233.
— Behandlung der Syphilis 266. 376.
— 52. 55. 112. 113. 122. 139. 141. 142. 143. 144. 209. 214. 245. 255. 266. 285. 336. 365. 366. 370. 376. 437. 529. 554.
Köhler und Westphal, Über die Versuche mit dem von Herrn Geheimrat Koch gegen Tuberkulose empfohlenen Mittel 567.
Köhler 580.
Koellicker 111. 203. 204. 205. 208. 259. 276.
Königsdorf, Fall von Fibroma molluscum multiplex 559.
Köster-Lyke 254.
Kogerer, Th. v., Zur Entstehung der Hauthämorrhagieen 328.
Kohan, M., Primärinduration auf der Oberlippe 549.
Kohn, M., 517.
Kolbe 247. 249. 250.
Kollmann, Über Elektroendoskopie der Harnröhre mit Demonstration 212.
Kopp 303.
Koren 347. 349. 352.
Kovacs, Zwei Fälle von Orchitis parotidea ohne Parotitis 230.
Kral, Über den Favuserreger 277.
Kratter, J., Verwertbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medizin 566.
Krevet 254.
Kromayer, E., Über die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern 215.
— Was bedingt die weiße Farbe unserer Haut? 73.
— Zur Anatomie der Prurigo 178.
— 93. 208. 276.
Kroug, Referate 42. 70. 86. 123. 130. 405. 406. 549.
Kühn, J., Ein neues Salbenkonstituens 371.
Kulenkampff 114. 120. 121.
Kulnjeff, Fraktur der Clavicula 548.
— 94.
Kunze, Fritz, Schwerer Fall von Morbus maculosus Werlhofii 553.
Kussmaul 282. 523.

Lacassagne, M., Anleitung zur methodischen Untersuchung kleiner Mädchen im Falle eines unsittlichen Attentates 566.
Lacaze, Pian oder Lépian auf den Antillen 227.
Lademann 330.
Lafayette 565.
Lahusen, Eine schmerz- und gefahrlose Methode zur forcierten Erweiterung der Harnröhrenstrikturen 83.
Lailler 127. 547.
Laissus 252.
Lama, S., 45.
Lanceraux 261. 269.
Lander 136.
Lang, Ed., Bubonenbehandlung 286.
— gangränös phlegmonöse Entzündung im Bereiche des rechten unteren Hypogastriums 286.
— Die speciellen Indikationen der verschiedenen Applikationsweisen des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung 278.
— 124. 223. 278. 374. 376. 387.
Lange 414.
Langenbuch 259.
Langer 511.
Langhans 106.
Langlebert 269.
Lannelongue 362.
Lasègne 528.
Lassalle, C., Die Behandlung der vereiterten Bubonen 410.
Lassar, Behandlung der entzündlichen Hautkrankheiten 210.
— 142. 144. 154. 187. 209. 315. 366. 370.
Lauder 136.

Laufer, S., Erythema multiforme im Anschluſs an Typhus abdominalis 180.
Lavallée, M., Einige diagnostische Schwierigkeiten bei syphilitischem Schanker 32.
— Die Syphilis der Ammen 457.
Lavergne 284.
Layet 269.
Lefèvre und Hallopeau, Ein Fall von moniliformer Haarbildung 34.
Legg 75.
Legoux, Für die Behandlung der Schweiſsfüſse 333.
Lehrnbecher, J., Zur Behandlung des Gesichtsrotlaufs 518.
Leistikow, Ein Fall von Lymphangiom der Haut 290.
— Referate 36. 37. 39. 42. 46. 48. 83. 327. 328. 329. 332. 334. 518. 553. 560. 565. 566.
— 115.
*Leloir, H., Über die Excision des Schankers bei der Abortivbehandlung der Syphilis 256. 266
*— Anfang, Dauer und Methode der Syphilisbehandlung 262. 271.
— Allgemeine Präventivbehandlung der Syphilis 269.
— Eiterungen der Haut im Gefolge der Influenza 187.
— Die Dermatoneurosen 216.
— Über schankerartige Syphilome, »Reveils locaux du Virus« 223.
Pathologische Anatomie des Ekzema 557.
— Lepradiskussion 325.
— 39. 40. 44. 178. 180. 181. 182. 184. 187. 209. 213. 218. 223. 229. 234. 235. 279. 325. 326. 327. 387.
— und Tavernier, Über die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbereinspritzungen 223.
— und Vidal, Über die Canities 43.
Lenzer 260. 261.
Lesser, E., Beitrag zu den ältesten Schriften über Syphilis 225.
— 35. 203. 223. 276. 278. 354. 355. 356.
Letulle 269.
Letzel, Über die Häufigkeit der Beteiligung der Urethra posterior am gonorrhoischen Entzündungsprozesse nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung derselben 370.
Leudet 307.
Levy, W., Bericht über die ersten nach der Methode des Herrn Geheimrat Dr. Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tuberkulose 567.
— 580.
Lewin, G., 139. 331. 363. 385. 493. 554.
Lewy 549.
Libbertz 466.
Liebermeister 389. 408.
Liebreich, O., Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus 288. 405.
Lier, E. 237.
Lindström, A., Zur Behandlung der Schanker, Bubonen und Tripper mit Pyoktanin 405.
Lipp 224.
Litten 544.
Littre 232.
Liveing 17. 18.
Loebl 224.
Löwit, M., Über Amitose (direkte Teilung) 36.
Löwenberg 362. 363.
Löwenthal, Intramuskuläre Einspritzungen von Hydrargyrum thymolo-aceticum bei Syphilis 77.
Lomer, Masern in der Schwangerschaft. Geburt eines mit Masernexanthem behafteten Kindes 37.
— Zwei Fälle von Vaginismus, geheilt durch den galvanischen Strom 83.
Lowinsky, J., Furunkulose bei Diabetes insipidus 38.
Luciani, Klinische und histologische Studien über einen Fall von Psoriasis gravis 408.
*Luff, A. P., Die Resorption von Medikamenten aus Salben 58.
Lukasiewitz, Hauttransplantation bei Fuſsgeschwür 286.
— Tuberkulose der Nase 286.
— 286. 584.
Lustgarten 260.
*Lutz, A., Zur Kasuistik des Rhinoskleroms 49.
— 48.

Macdonnel, R. L., Pigmentierungen bei Morbus Basedowii 134.
Machill 190.
Mackenzie, S., 499. 502.
Magruder, E. M., Entfernung eines groſsen Blasensteines per vaginam 564.
Mahler, Julius, Über Wesen und Wert der Schutzpockenimpfung 221.
Majeff 549.
Mariet, A., Wirkung der Testikularflüssigkeit bei Frauen 237.
Malécot, Zur Abortivbehandlung des Trippers 565.
Malpighi 134. 229. 461.
Manchot 276.
Mapother 517.
Marianelli 430. 448.
Martin, André, Über die verschiedenen Behandlungsarten des akuten Trippers 232.

Marty, L., Lupus des Larynx 39.
Matthieu 75.
Mattei, Tuberkelbacillen in d. Schweiße tuberkulöser Personen 77.
Mau, Über intramuskuläre Injektionen von Ol. ciner. gegen Syphilis 374.
Mauriac, Ch., Hemiatrophie der Zunge auf syphilitischer Basis 31.
— Ein Fall von intensiver gonorrhoischer Arthritis 35.
— Ansteckung $4^3/_4$ Jahr nach Entstehen der Syphilis 547.
— 34. 279. 282. 548.
Mayer, Sigmund 112.
Meissner 153.
Mendel, Ein Fall von Sklerodermie 338.
Ménétrier 332.
Mibelli, V., Angiokeratom 462.
— 113. 290. 366. 503.
Michailoff, Ein Fall von gummöser Erkrankung der Gelenke 41.
Michael, J., Führungsstäbe zur Einführung von Weichgummikathetern in die Blase und in die Speiseröhre 289.
Middeldorpf 84.
Miethke 581.
Mitchell 394. 541.
Monier, Gegen die Pigmentation der Schwangeren 80.
Monin, A., Beitrag zum Studium der Residuen des harten Schankers 182.
Montgomery, W., Bericht über die histologische Untersuchung eines Hautstückes aus Keanus Vorderarm 128.
Moore, J. W. 408.
Moos 282.
Morel-Lavallée, Syphilis der Ammen 457.
— Einige diagnostische Schwierigkeiten bei syphilitischem Schanker 32.
*Morris, Malcolm, Vaccine-Exantheme 293.
— Lymphangioma circumscriptum 80.
— 52. 53. 58. 111. 113. 245. 499. 500.
Morris, Rob. T., Prostatahypertrophie 230.
Morrow, P. A., 129. 213. 245. 299. 396.
Mosler, Über Pemphigus 76.
Müller, C., Über Histologie des Pemphigus vegetans 367.
— Zwei Fälle von Pemphigus vegetans (Neumann) (Erythema bullosum vegetans Unna) 427.
— Beitrag zur Statistik der malignen Tumoren 216.
— Referate 216. 219. 221. 336.
Müller 107. 260. 367.
Murchison 389.
Nasse 106. 107. 113. 120.
Neelsen 129.
Neilson, F. R., Über zwei Fälle von Striktur der Urethra und chronischer Prostatitis mit interessanten Reflexsymptomen 191.
Neisser, A., 1. Über Lichen ruben acuminatus, 2. Pityriasis rubra (Hebra), 3. Favus, 4. Mycosis fungoides 518.
— 35. 209. 223. 241. 242. 250. 267. 275. 376.
Nelaton 564.
Nepveu 127.
Neumann, J., Harnröhrendivertikel. Kranker mit nässenden Papeln. Einriß am Perineum und an der hinteren Scheidewand 285.
— Akute Dermatitis erythematosa et squamosa universalis 286.
— Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte 288.
— Behandlungsmethode der Syphilis 265.
— 124. 145. 146. 147. 148. 214. 265. 273. 279. 285. 346. 348. 376. 427. 430. 431. 432. 433. 434. 441. 448. 449. 516. 517. 583.
Neumann, H., Über ein masernähnliches Exanthem bei Typhus 553.
*Nielsen, Ludwig, Über das Auftreten von Herpes zoster während Arsenikbehandlung 302.
Nimier, H., Über die Folliculitis parasitaria tonsurans des Haupthaares 127.
Nitot, Behandlung der Urticaria chronica nervosa mit Antipyrin 219.
Nitze 84.
Nöggerath, Die Behandlung der Folgeerkrankung der chronischen Gonorrhoe beim Weibe 212.
— 210.
Noorden, W. von, Das verkalkte Epitheliom 187.
— Osteome der Ferse 188.
Nothnagel 328. 583.
Nowak 288.
*Noyes, A., und L. Török, Lymphagioma circumscriptum 51. 105.

Obédénare 36.
Oberländer, Die Leistungsfähigkeit des Elektro-Urethroskops 463.
— 212. 213.
Oedmansson, Excision der Initialsklerose 266.
— 265. 266. 416.
Oedenius 113.
Ohmann-Dumesnil, Die Behandlung der Sykosis 186.
— Alopecia areata nach Verletzungen 188.

*Ohmann-Dumesnil, Über einen ungewöhnlichen Fall von Atrophie der Haut 392.
— Über das Erythema scarlatiniforme bei Ileotyphus 408.
— Ein Fall von Herpes tonsurans der Kopfhaut, kompliziert mit einem pustulösen Ekzem 557.
— Ein eigentümlicher Fall von Addisons Krankheit 560.
Otis, F. N., Entfernung des dritten Prostatalappens; vollständige Wiederherstellung der Blasenfunktion 415.
—, W. K. 565.

Paal 378.
Pache, Beitrag zur Frage von den post mortem des harten Schankers auftretenden Krankheitserscheinungen 184.
Pacquelin 187.
Paget 132. 133. 134.
Palmedo, Über Purpura 37.
Paltauf, Rhinosklerombacillen 79.
Paschkis, Über Anwendungsweisen des Lanolins 209.
— Vortrag über Seifen 288.
— Rezeptformeln aus dem Bereiche der Kosmetik 292.
Passet 376.
Patteson, H. G., Trichomycosis nodosa 131.
Paul, Gegen Scabies 79.
*Payne, J. F., Maculae caeruleae und andere durch Pediculi pubis hervorgebrachte Symptome 136. 388.
Paxton 131.
Pellizzari, C., Der Diplokokkus von Neisser in den periurethralen blennorrhoischen Abscessen 565.
Pennman 25. 450. 451 452. 453.
Penrose, C. B., Akute gonorrhoische Peritonitis 232.
Perry, E. C., Adenome der Schweifsdrüsen 462.
— 501. 507. 508. 509.
Petersen, O., Albuminurie bei Syphilis 282.
— Antiseptische Eigenschaften der Anilinfarben Merk. 85.
— Lepra 69.
— Pyoktanin 549.
— 69. 74. 86. 214. 283. 326.
Pethers 114.
Petit, Louis 256.
Petrini und Babes, Über einen Fall von Pityriasis rubra 186.
Petrone 75.
Peuch 221.
Philippi: Referate 30. 35. 45. 128. 130. 132. 135. 136. 137. 155. 191. 199. 218. 222. 225. 226. 227. 230. 231. 233. 256. 302. 327. 381. 392. 396. 408. 414. 515. 517. 559. 563. 564. 565.
— 62. 64. 69.
*Philippson, L., Bemerkungen zur Histologie des normalen Sekretes der menschlichen Talgdrüsen 202.
*— Brief aus Wien 583.
*— Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenom (Darier-Jacquet) zu einander 1
*— Zwei Fälle von Ichthyosis cornea (hystrix) partialis (naevus linearis verrucosus Unna), entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt 337.
— Über die Formveränderungen des Papillarkörpers der Haut durch die Wirkung einfacher mechanischer Kräfte 74.
— Referate 36. 38. 40. 44. 46. 73. 76. 262.
— 502. 503. 511.
Picard, Henri, Abortivbehandlung der Gonorrhoe 518.
Pick 256. 259. 271. 511.
Pileur, L. le, Über den Einfluſs der Syphilis auf die Kindersterblichkeit 224.
Pippingskóld 130.
Platner 36.
Plenck 331.
Plumert, A., Zur Kasuistik des Kapitels: Syphilis und Reizung 131.
Poirrier, Beitrag zum Studium der Purpura alcoholica 127.
Polaillon, Behandlung des Anthrax 461.
Pollak, Alois, Über Aristol 289.
Pollatschek, Arnold, Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889. 403.
— 404.
*Pollitzer, S., Die seborrhoische Warze 145.
— 427. 444.
— Referat 30.
Polotebnoff 526. 527. 534. 537.
Pontoppidan: Referate 131. 132. 135.
Pope 249. 250.
Pospelow, A., Ulcus molle mammae 409.
— 52. 56. 105. 119. 259. 556.
Post, A., 565.
Powell 247.
Predicini, Hemiparaplegie infolge von Syphilis 407.
Preyer 275.
Pringle, Andrew 154. 501. 502. 503. 507. 509. 510.
Prochownick, L., Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem konstanten Strom 334.

Profeta, Ätiologie und Pathologie der Lepra 405.
— 406.
Puech, P., Zwei Fälle von langer Inkubation des harten Schankers 458.
Pürckhauer, H., Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels 329.
Pumplun, Über Erythema exsudativum 372.
Purdon 218.

Quincke 189. 273. 371. 423. 523. 540. 542. 547.
Quinquaud, Ch. E., Die Hautausschläge der Harnsäurediathese 33.
— Eine neue Methode der Syphilisbehandlung 34.
— Die verschiedenen Ernährungsstörungen der Haut infolge artifizieller Dermatitis 550.
— 12. 14. 128.

Radice, Sarkom des Testikels 290.
Rake, Beaven, Zwei Fälle von Lepra und deren Behandlung, 1. durch Excision der Knötchen; 2. durch rote Jodquecksilbersalbe 222.
Ranvier, S., 111.
Rayer 282.
Raymond 30.
Raynaud 33. 177. 425. 488. 489. 492. 493. 529. 540. 542.
Recklinghausen 122. 152. 355. 356.
Rémy, Ch., Die Anhängsel der Haut 215.
Renault, Alex, Fall von Myelitis syphilitica lumbalis acuta 556.
Retzius 229.
Reyher, Oscar, 512.
Ribbert, Über die kompensatorische Hypertrophie der Geschlechtsdrüsen 86.
Ribbing, Seved, Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen 512.
Richardson 37. 48.
Richaud 283.
Ricord 238, 256.
Riehl 25. 32. 276. 329. 432. 517.
Roberts, H. L., Referat 216.
Robinson 3. 10. 31. 395.
Rörig, Extraktion von fünf abgebrochenen Katheterstücken aus der Blase 291.
Rollet 34.
Róna, S., Entzündung der Glandula Cowperi 83.
— Cowperitis im Verlaufe von Masern 179.
— Zur Lichendebatte 284.
— Referate 76. 77. 79. 87.
Róna, S., 79.
Rosenberg 410.
Rosenthal 139. 141. 143. 241. 242. 243. 244. 271.
Rosenthal, O., Neuere Arbeiten über Hydroxylamin 371.
Rosolimos 269.
Roth, Über die Behandlung der Scabies mit Oxynaphtoësäure 374.
Rothmann, Demonstration eines Falles von multipler Hautgangrän 81.
Rotter, E., Ausspülungen der männlichen Harnblase ohne Katheterismus 334.
— Harnröhrenausspritzungen bei dem Tripper des Weibes 334.
Rouget, J., Über Ainhum und kongenitale Amputation 45.
Rubinstein, Friedr., Neue Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkentzündungen 331.
— Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenk- und Schleimbeutelentzündungen 335.
Rummo 247.
Runeberg 130. 223.
Runge 365. 366. 371.
Rydiger 259.

Saalfeld 139. 241. 383.
Sacharjin, G. A., Die Lues des Herzens von der klinischen Seite betrachtet 42.
Samter 106.
Sangster 56. 80. 499. 503.
Sanguineta, Lymphadenitis gummosa 407.
Sattler 307.
Sawyer, J., Ätherische Lösungen in der Hauttherapie 216.
Scarenzio 265. 267.
*Scharff, Zur Therapie der Furunkulose 519.
Scheuber 356.
Schiff, Kompleter Kryptorchismus. Hereditäre Lues 287.
— Referat 125.
Schilling 140.
Schmidt, Martin, 275.
Schönborn 559.
Schönlein 547. 562. 563.
Schüller 331. 335.
Schütz, Jos., Mikroskopische Karcinombefunde 401.
Schultz, R., 45.
Schultze 46.
Schuppert, Über die Wirkung des Thallinum sulfuricum bei Gonorrhoe 47.
Schuster 326.

Schwabe-Woldenberg, Fall von akuter Antipyrinvergiftung 37.
Schwarz, Frank, 36.
*Schwengers, Über Einwirkung von Medikamenten auf Kulturen von Favus und Trichophyton 155.
Schweninger und Buzzi, Notizen über Favus lupinosus am Rumpfe 560.
— Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen an der Haut 561.
— Vitiligo oder Leukopathia acquisita 561.
— Ephidrosis eines begrenzten Teiles des Gesichtes 563.
*— Brief aus Berlin 578.
— 402. 550.
Schwimmer, E., Die Influenza und Hautaffektionen 76.
— Die äufserliche Anwendung des Thiols bei Hautkrankheiten 290.
— Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex 411.
— 493. 543. 544. 546.
Scripture 213.
Sehlen, von, Über medikamentöse Eiterungen bei Hautkrankheiten 327.
*— und P. G. Unna, Flora dermatologica VII. 471.
— Referat 563.
— 170. 472. 514.
Seifert, O., Über Nasentuberkulose 40.
— Über Aristol 126.
— Referate 37. 38. 42. 47. 373. 374. 375. 376. 411. 415. 555. 556. 558. 559.
— 38. 41. 330.
Seitz, J., Über die Röteln 220.
Selenew, J. Th., Zur Syphilisbehandlung mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum succinimidicum 406.
Senator 46. 282.
Senger 402.
Sevestre, Hauttuberkulose 32.
Seydig 277.
Seyffert 366. 371.
Shearar 345. 348. 349. 354. 356. 361.
Shepherd, F. J., Atrophia maculosa et striata im Gefolge von Ileotyphus 398.
Shropshire, W., Die Behandlung des Erysipels mit Sublimat 227.
Siegmund 234.
Simon 334.
Simon, O., 357. 459.
Sinclair, Die Therapie der chronischen Gonorrhoe bei Frauen 211.
Sjöbring, Nils., Ein parasitärer protozoaartiger Organismus in Karzinomen 332.
Skarpa 345.
Smet, de, Behandlung der Krätze im Hospital St. Pierre-Brüssel 185.
Smigrodsky 70.
Smirnoff, Syphilistherapie 130. 267.
Smith, W. G. 132.
Spencer, H., 255.
Spillmann 259.
Stanziale, R., Anatomisch-pathologischer und bakteriologischer Beitrag zur Kenntnis des molluscum contagiosum 229.
Stein, A. W., Fall von angeborener Mifsbildung der Harnröhre 564.
Steinschneider, Zur Differenzierung der Gonokokken 86.
Stelwagon, H. W., Dermatitis herpetiformis 128.
— Über molluscum contagiosum 188.
— Ein Fall von Plica 399.
Stepanoff, Schanker auf beiden Brustwarzen 549.
Stern, Ed., Über Anto-Reinfektion als bisher nicht beachtete Ursache chronischer Gonorrhoe 415.
— Jodkalium, ein Heilmittel der Urticaria 553.
Stewart, W., 528.
Stierlin 229.
Stilling, Pyoktanin (Neues Antisepticum) 74.
— 85. 327.
Stöhr 556.
Störk 281.
Stokes 300.
Stranz, Referat 209.
Stravino, Syphilis des Herzens — Myocarditis gummosa 407.
Strelitz 142.
Stukowenkow, M. J., 406.
Swieten, van, 176.
Swift 128.
Szadek, Karl, Index bibliographicus dermatologiae 404.
Szegö, K., Morbilli recidivi bei einem an Pertussis leidenden Kinde 77.
Szontagh, F., Ein Fall von Nephritis acuta haemorrhagica infolge von Impetigo 79.

Taaks, Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Sozojodol 376.
Taenzer, P., Färbung des elastischen Gewebes 366.
— Referate 80. 82. 126. 128. 131. 134. 135. 178. 179. 180. 183. 185. 189. 190. 215. 219. 225. 265. 403. 404. 409. 411. 415. 416. 460. 461. 462. 463.
Talamon, Ch., Behandlung der Variolapusteln im Gesicht mittelst eines Sprays von Sublimatäther 37.
Tarnowsky, B., Prostitution und Abolitionismus 399.

Tarnowsky, B., 41. 400. 549.
Tauffer, Harnträufeln bei einem Weibe 291.
Tavernier, Referate 40. 73. 76. 179. 181. 182. 184. 218.
— und Leloir, Über die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbereinspritzungen 223.
Taylor, R. W., Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Neuritis auf syphilitischer Basis 225.
— Klinische und pathologische Beobachtungen bei Prurigo 396.
— Ein Fall von zweimaliger Infektion mit Syphilis und ein Fall von syphilitischer Infektion bei einer hereditär Syphilitischen 398.
— 247. 248. 249. 250. 253. 254.
Thibierge, G., Beitrag zum Studium der Muskelveränderungen bei Sklerodermie 45.
— 30. 345.
Thiel, Über Placenta-Syphilis 42.
Thiersch 286. 385. 403.
Thilesens 115.
Thin, G., 34. 557.
Thologan 327.
Thomas 495.
Töply, R., Die venerischen Krankheiten in den Armeen 185.
*Török, L., Brief aus London 497.
— Referate 412. 413.
— 2. 3. 8. 10. 11. 12. 13. 367.
*— und Finch Noyes, Lymphangioma circumscriptum 51. 105.
Tomaschewsky, Extragenitale Infektion mit Lues 122.
Tommasoli, Referate 406. 407. 408. 412. 413.
— 186.
Tomsa 125.
Tourette, G. de la, Betrachtungen über die spontanen Ekchymosen und über den Geisteszustand der Hysterischen 128.
Treves 250.
Trinkler, Syphilitische Kniegelenkswassersucht 184.
Troje und Garrè, Chirurgische und bakteriologische Erfahrungen über das Pyoktanin 327.
Troisier 332.
Troplowitz, Über das Ekzem der Nase 38.
Tschistjakoff, Zwei Ulcera mollia 548.
— Sammlung der extragenitalen Infektionen mit Syphilis 549.
— 69.
Türkheim, Referate 39. 41. 47. 186. 187. 188. 215. 217. 219. 223. 224. 225. 226. 227. 232. 401. 404. 409. 410. 412. 457. 458. 459. 461. 462. 514. 518. 548. 550. 554. 555. 556. 557. 558. 566.
Tymowski, v., Über die Wirkung des Schwefelwassers 335.

Ullmann, Hereditär luetisches, im Zerfall begriffenes Hautgumma 285.
— Urethrocystitis blenorrhoica bei einem 6jährigen Knaben 286.
Ulsenius 225.
Ultzmann, Die Kokainspritze 85.
— 210.
*Unna, P. G., Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut. VII. Angioneurosen 417. 488. 528.
*— Über Erkrankungen der Schleimdrüsen des Mundes 317. 370.
— Parakeratosis skutularis 459.
— Ulerythema akneiforme 82.
— Das Wesen der Arzneiexantheme 213.
— Über das Mikrokauterium 288.
— Ein Fall von Hautsyphilis des Gesichtes 373.
— Ein Fall von multiplen Granulomen der Haut 374.
— Über die Taenzersche Färbung des elastischen Gewebes 366.
— Referate 512. 514.
— 1. 2. 35. 51. 65. 67. 74. 78. 89. 91. 100. 101 102. 103. 145. 155. 156. 170. 186. 193 202. 209. 210. 213. 214. 215. 251. 256. 257. 259. 269. 271. 289. 310. 312. 313. 317. 327. 337. 339. 344. 359. 363. 366. 367. 368. 370. 378. 379. 385. 427. 437. 438. 441. 447. 449. 480. 485. 501. 510. 519. 521. 526. 550. 554. 557. 580.
*— und v. Sehlen, Flora dermatologica VII. 471.
Urbantschitsch, Spontane symmetrische Gangraen (Raynaud) des oberen Drittels beider Ohrmuscheln 177.
Ussaas, gummöse Formen 548.
— 69. 70. 549.

Vaillard 127. 128.
Variot 413.
Varry 44.
Vasiliu, Beitrag zum Studium der runden, roten Flecken 332.
*Veiel, Über die Therapie der Furunkulose 362.
— Ein seltenes Arzneiexanthem 368.
— 484. 485. 519. 520.
Verneuil 363. 410. 462.
Vidal 30. 31. 32. 33. 34. 43. 73. 141. 143. 229. 503.

Vidal und Leloir, Über die Canities 43.
Vincent 127. 128.
Virchow 106. 204. 358. 359.
Vogeler, Alfred, Zur Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen 515.
Voigt 337. 350. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 511.
Voit 310. 315.
Volkmann, R., 570.
Voltolini 43.

Wagmer, Ein Fall von Lupus der Nasenschleimhaut 180.
Wagner, E., 1. 3. 8. 14. 15. 16. 17. 18. 315.
Waldeyer 36. 402.
Wallich 253.
Walsham 52. 113.
Wargnier, E., Uber die Follikulitis und Perifollikulitis der Spinner und Weber 187.
Watraszewski, Über die therapeutische Wirksamkeit der Einspritzung von unlöslichen Quecksilbersalzen bei der Syphilis und über einige dabei vorkommende Komplikationen 223.
— Über den Wert der Präventivmethoden in der Syphilistherapie 268. — 213.
Weber, Ein Beitrag zur Entwickelung der Hautkrebse auf Narben 410.
— Beiträge zur Häufigkeit der Tripperkomplikationen beim Manne 415.
Wegener 106.
Weichselbaum 106.
Weigert 89. 91. 98. 99. 100. 101. 102. 444.
Weil, C., Lipome an ungewöhnlichen Orten 559.
Weifs 307.
Westphal 45.
— und Köhler, Über die Versuche mit dem von Herrn Geheimrat Koch gegen die Tuberkulose empfohlenen Mittel 567.
Wettendorfer, Therapeutisches Kuriosum 39.
Wickham, L., Über die sogenannte Pagetsche Krankheit 132.
— 134. 140.
Wilhelmi 336.
Williams, W. R., Ein Fall von Ulcus rodens bei einem 14jährigen Mädchen 559.
Wilson 31. 131. 283. 284.
Winiwarter 106.
Winkel 212.
White, G. C., Über Einwanderer-Dermatosen 398.
—, J. Blake, Über einen Fall von Harnröhrenruptur infolge von Striktur und Heilung der Urininfiltration durch Urethrotomia externa 414.
—, J. C., Keratosis follicularis (Psorospermose folliculaire végétante) 226.
—, J. 140. 245. 248. 250. 252. 303.
—, J. W., Über eine seltene Komplikation von Litholapaxie 564.
— Anwendung der Antisepsis bei frischer Urethritis anterior 565.
Wolff 209.
Wood, H. C., und H. A. Hare, Über die Ursachen des Todes in der Chloroformnarkose 136.
Workmann, C., Das Photographieren im Dienste der Medizin und der verwandten Wissenschaften 137.
Worms 75.
Wunderlich 497. 543.
Wyfs, Über Arsenmelanose 229.

Zeisler, Joseph, Bemerkungen über Hauttuberkulose 129.
Zeissl 253.
Ziehl 129.
Ziemssen, Die Antiseptik der Harnröhre und Harnblase (ohne Blasenschnitt) 375.
— 146. 153. 203.
Zuelzer 212.

Anzeigen.

Verlag von **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18.

INTERNATIONALER ATLAS
SELTENER HAUTKRANKHEITEN.

INTERNATIONAL ATLAS
OF
RARE SKIN DISEASES.

ATLAS INTERNATIONAL
DES
MALADIES RARES DE LA PEAU.

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA HAMBURG. **MALCOLM MORRIS** LONDON. **H. LELOIR** LILLE.

L. A. DUHRING PHILADELPHIA.

Erscheint in Heften von mindestens 3 Tafeln
mit Text in 3 Sprachen (deutsch, englisch, französisch). Imp. Folio.

Wird nur im Subskriptionswege — vorläufig 2 Hefte jährlich für ℳ 20.— — abgegeben.
Bestellungen nehmen die meisten Buchhandlungen sowie die Verlagsbuchhandlung entgegen.

Inhalt

des soeben ausgegebenen **Heft IV**:

X. S. Pollitzer, Acanthosis nigricans.
XI. V. Janovsky, Acanthosis nigricans.
XII. Emile Vidal, Ulcérations multiples phagédéniques de nature douteuse.
XIII. A. R. Robinson, Xanthoma diabeticorum.

Die früher erschienenen Hefte brachten folgende Beiträge:

Heft I:

I. Malcolm Morris, Lymphangioma circumscriptum.
II. P. G. Unna, Ulerythema acneiforme.
III. H. Leloir, Lupus demi-scléreux de la langue.

Heft II:

IV. Ernst Schwimmer, Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex.
V. Ernest Besnier, Keratodermia symmetrica erythematosa.
V. Vittorio Mibelli, Angiokeratoma.
VI. A. Pospelow, Ulcus molle mammae.

Heft III:

VII. H. Hallopeau, Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.
VIII. P. G. Unna, Parakeratosis scutularis.
IX. E. C. Perry, Adenomata of the sweat glands.

Klinik der Herzkrankheiten. Von Germain Sée, Professor der klinis Medizin in Paris. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Max Salomon in B Band I. Mit 24 Figuren im Text. M. 12.—.

Das Hungern. Studien und Experimente am Menschen. Von Luigi Luciani, Professor der Physiologie in Florenz. Mit einem Vorwort von Prof Jac. Moleschott in Rom. Autoris. Übersetzung von Sanitätsrat Dr. M. O. Frae Mit 8 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. M. 6.—.

Beiträge zur Augenheilkunde. Von Prof. Dr. R. Deutschmann (Hambu Heft I. Mit 10 Abbildungen im Text. M. 2.—.

Prostitution und Abolitionismus. Von Prof. Dr. B. Tarnowsky (St. Pet burg). M. 5.—.

Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. Von H. Le (Lille) und E. Vidal (Paris). In deutscher Bearbeitung von Dr. Eduard Se (Wien). Erscheint in 9 Lieferungen mit je 6 Chromotafeln und Tafelerklärung Preis einer Lieferung während des Erscheinens M. 8.—.

Index Bibliographicus Dermatologiae. Bearbeitet von Dr. Karl Szad (Kiew). Erster Jahrgang: Die Litteratur des Jahres 1888. M. 1.50.

Index Bibliographicus Syphilidologiae. Bearbeitet von Dr. Karl Szad (Kiew). Jahrgang 1—3 enthalt. die Litteratur der Jahre 1886—1888. Je M. 1.

Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose. Von Dr. Geyl (Do recht). Mit 2 Tafeln. M. 2.—.

Axel Key's Schulhygienische Untersuchungen. In deutscher Bearb tung von Dr. Leo Burgerstein (Wien). Mit 12 Tafeln Tabellen. M. 12.—.

Grundriss der Schulhygiene. Für Lehrer und Schulaufsichtsbeamte zusamm gestellt von Otto Janke (Berlin). M. 1.50.

Gesundheitspflege im Mittelalter. Kulturgeschichtliche Studien nach Predigte des 13., 14. und 15. Jahrhunderts. Von Dr. med. et phil. L. Kotelmann i Hamburg. M. 6.—.

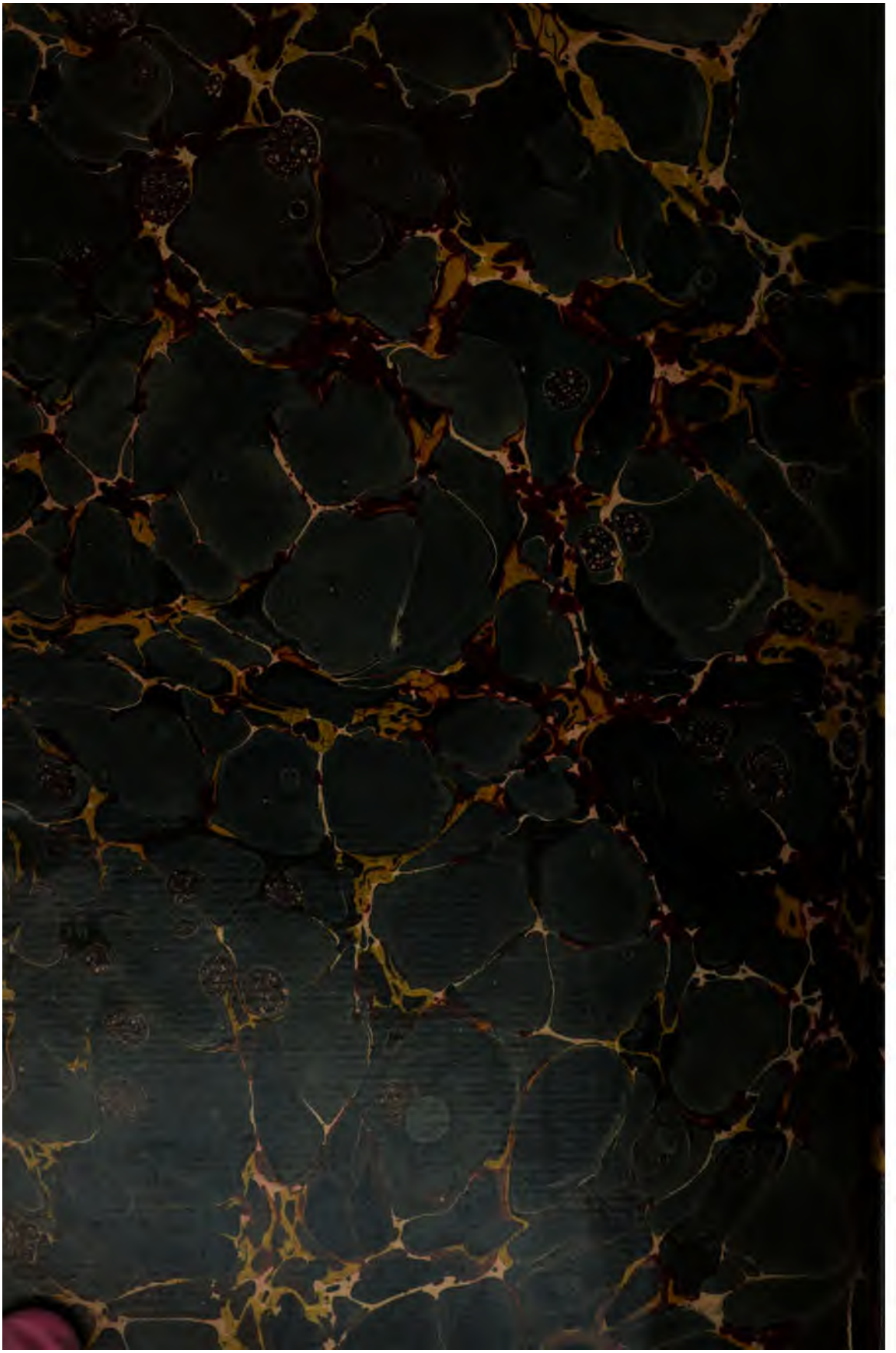
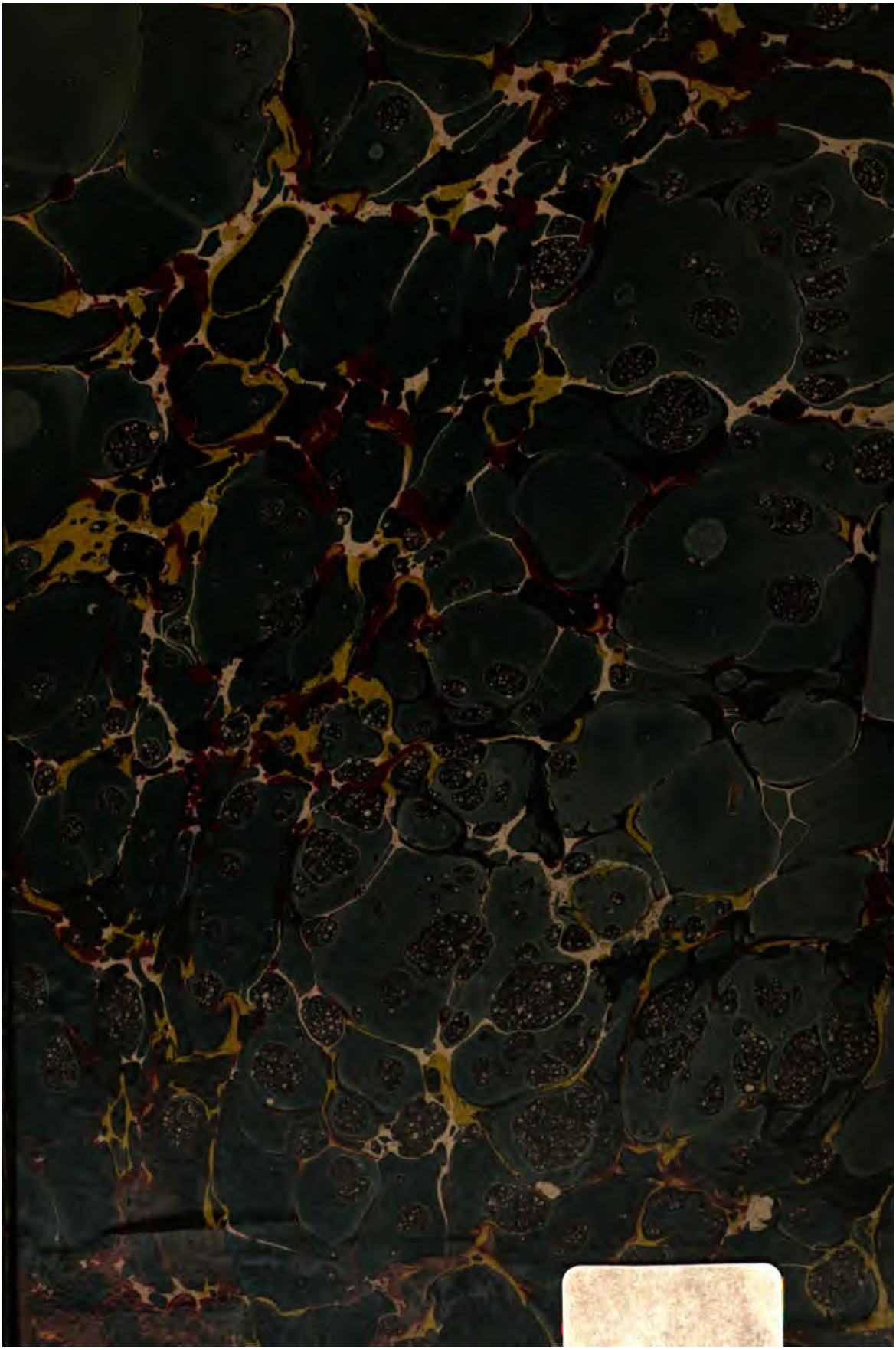
Wissenschaftliche Briefe von Gustav Theodor Fechner u. W. Preyer. Nebst einem Briefwechsel zwischen K. von Vierordt und Fechner, sowie neu Beilagen. Mit dem Bildnis Fechners in Photogravüre. Herausgegeben vo W. Preyer (Berlin). M. 7.—.

Kolorimetrie und quantitative Spektralanalyse in ihrer Anwendung in der Chemie. Von Prof. Dr. G. Krüss in München und Dr. Hugo Krüss in Hamburg. Mit Abbildungen im Text und Tafeln. M. 8.—.

Arbeitsmethoden für organisch-chemische Laboratorien. Ein Handbuch für Chemiker, Mediziner und Pharmazeuten. Von Dr. Lassar-Cohn, Privatdocent an der Universität Königsberg. Mit Abbildungen im Text. M. 5.—.

Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. Herausgegeben von Herm. Ebbinghaus (Berlin) und Arthur König (Berlin). Preis des Bandes von 6 Heften M. 15.—.

Internationales Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane. Herausgegeben von W. Zuelzer (Berlin). Preis des Bandes von 8 Heften M. 20.—.

Prospekte unentgeltlich und postfrei.

41C 1608 ~~4113~~
~~3~~41+